Ueber

Castration bei Myomen.

INAUGURAL-DISSERTATION

der

medicinischen Facultät

der

Kaiser-Wilhelms-Universität Strassburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

Eduard Extermann

prakt. Arzt

aus **Wasselnheim** i. E.

STRASSBURG i. E.

Buchdruckerei C. Goeller, Magdalenengasse 20.

1893.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. Aubenas.**

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit und Verehrung

gewidmet.

Ueber Castration bei Myomen.

Noch vor kaum 30 Jahren stand man einem der häufigsten Frauenleiden, den Uterusmyomen, geradezu machtlos gegenüber. Die Neuzeit erst hat uns eine rationelle Therapie und eine operative Behandlnng derselben gelehrt. Während damals die grosse Mortalität jede Operation derart als waghalsig erscheinen liess, können wir heute in den meisten Fällen auf Erfolg rechnen, wenn auch denselben nicht mit Sicherheit voraussagen.

Prophylactisch können wir dem Uebel nicht begegnen, da wir seine Entstehungsursache nicht kennen.

Von inneren Mitteln ist das „Secale“ häufig angewandt worden. Von Hildebrandt wird es neuerdings wieder warm empfohlen. Die Kur dauert jedenfalls sehr lange. Schroeder sah Fibrome erst nach 400 Injectionen abnehmen. Andere verwerfen das Mittel fast ganz.

Auch die anderen angewandten Medicamente Tinct. Cannabis, Antipyrin, Hydrastis, Bromkali, Soolbäder scheinen bestenfalls palliative Wirkung zu besitzen.

Röhrig, der langjährige Erfahrung in Kreuznach besitzt, gibt an, dass auf 570 Kranke daselbst behandelter 66, also 11,4 % an den unmittelbaren Folgen des Tumors gestorben sind.

Von einigen Autoren wurde auch die Massage anempfohlen. In der Literatur haben wir keinen Fall von erfolgreicher Behandlung damit gefunden.

Die Electrotherapie hat bessere Erfolge aufzuweisen. Apostoli rühmt sie sehr, auch andere verzeichnen grosse Erfolge. Thomas Keith bezeichnet sogar ein operatives Vorgehen ohne vorherigen Versuch der Electricität direct als Kunstfehler.

Zweifel und Bröse*) sind der Ansicht, dass er darin zu weit geht. Röhrig hat sogar bei 3 auf 11 Kranke ein schnelleres Wachsen des Tumors bemerkt. Auch Hegar hat ähnliche Beobachtungen gemacht.

Die Electrizität werden wir aber immer anwenden, wenn die Prognose eines operativen Eingriffs allzu infaust erscheint.

Bei dem operativen Eingriffe müssen wir unterscheiden zwischen einem solchen, der radicale Heilung des Uebels bezweckt und dem, der blos palliativ wirken soll. Zu letzteren sind zu rechnen die Auskratzung und die Cervixerweiterung, sei es nun mit Dilatatoren oder durch bilateralen Einschnitt oder durch die Veuillet'sche Tamponade.

Bezwecken wir die radicale Heilung des Uebels, so bieten sich uns 2 Wege je nach dem Sitze des Tumors. Von der Vagina aus werden alle Polypen und submucösen Myom-Polypen entfernt. Nach Lage des Falles kann man auch die vaginale Hysterectomie vornehmen.

Péan wendet diese Methode sehr viel an, auch in Fällen, wo andere die Laparotomie vorziehen. Auch Saenger, Leopold, Spaeth haben sehr günstige Resultate aufzuweisen (Mortalität 14,28 %).

Alle anderen Myome, denen wir so nicht beikommen können, werden durch die Laparomyomotomie extirpiert.

---

*) Verhandlungen des internat. Congresses für Medizin. Berlin 1890.

Diese gibt je nach der Eigenart des betreffenden Falles eine auffallend verschiedene Prognose. Auch die Operationsart ist verschieden.

Bei gestielten subserösen Myomen ist die Operation meist ohne grosse Schwierigkeit. Sitzt das Myom intramural, so werden wir unterscheiden, ob wir bei seiner Entfernung die Uterushöhle weit zu eröffnen brauchen oder nicht. Im letzteren Falle wird die Geschwulst wie ein Stück aus einer Melone aus dem Uterus herausgeschnitten und der Uterus dann zugenäht. Müsste zur Extirpation der Geschwulst die Uterushöhle eröffnet werden, so wird besser der ganze Uterus extirpiert. Besondere Schwierigkeiten bereiten dem Operateur diejenigen Myome, welche dem Uterus breit aufsitzend zugleich sich in das Beckenbindegewebe seitlich oder gegen die Blase oder nach hinten ausdehnen. Sie bereiten dem Patienten durch die sie stets begleitenden Compressionserscheinungen die grössten Beschwerden.

Die Schwierigkeit der Operation liegt in der Beschaffung eines Stumpfes und manchmal in der Einkeilung der Myome im kleinen Becken. Der Stiel wird entweder versenkt oder extraperitoneal behandelt. Noch radicaler ist die Freund'sche Operation und die von Chrobak neuerdings empfohlene retroperitoneale Stielbehandlung. Es liegt jedoch ausserhalb des Rahmens dieser Arbeit, darüber weitläufiger zu sprechen.

Die Prognose der Operation hängt, wie schon oben gesagt, ganz von der Art der Fälle ab, eine einheitliche Statistik lässt sich bei der grossen Verschiedenheit derselben nicht aufstellen. Die früheren Statistiken geben traurige Resultate (Bigelow 41 % Mortalität). Die neuesten sind von Wehmer*) und Zweifel**), sie sind etwas erfreulicher.

---

*) Wehmer, Zeitschrift f. Geb. und Gyn. 1887, Bd. XIV.

**) Zweifel, Die Stielbehandlung bei der Myom. 1888.

Wehmer hat für die intraperitoneale Stielversorsorgung 28,2 %, für die extraperitoneale 24 % Todesfälle gefunden.

Aus der Zweifel'schen resultieren für die intraperitoneale 33 %, für die extraperitoneale 22,3 % Todesfälle. Es sind in diesen Statistiken alle Arten von Myomectomie einbegriffen.

Wollte man nur die Myomotomien bei den sich ins Beckenbindegewebe ausdehnenden Tumoren in eine Statistik bringen, so würde man leicht 50 % und mehr Todesfälle bekommen.

Aus dem Gesagten erhellt genugsam die Gefährlichkeit der Operation. Sie zu umgehen war der Zweck der von Hegar eingeführten Castration. Diese ist allerdings weniger radical wie die Myomotomie, giebt aber bei oft nahezu gleichen Resultaten eine quoad vitam viel günstigere Prognose.

1876 hat zuerst Trenholme die Castration bei Uterusmyomen ausgeführt. Wenige Zeit nach ihm operierte Hegar in derselben Absicht, ohne von der von Trenholme ausgeführten Operation Kenntniss zu haben. Hegar ist es, der durch seine Publicationen, sowie durch die seines Schülers — Wiedow, die Operation allgemein bekannt gemacht hat.

Hegar's leitender Gedanke war folgender: Wir wissen, dass jedes Organ atrophiert, dessen Function wegfällt. Die Ausführungsgänge aller Drüsen atrophieren nach dem Ausfall der Function. Die Ursachen dieses Schwundes kennen wir nicht. Die menstruelle Blutung ist im allgemeinen durch die Function der Ovarien bedingt, also muss auch sie wegfallen nach Entfernung derselben. Dazu kommt noch die Thatsache, dass nach dem Klimax die fibrösen Tumoren gewöhnlich nicht weiter wachsen, sondern sogar häufig sich zurückbilden.

Die vorhandenen Druckbeschwerden und die durch eine secundäre Erkrankung der Uterusschleimhaut entstehenden intermensuellen Blutungen nehmen ab oder hören völlig auf. Die Tumoren degenerieren fettig oder verkalken und bleiben zum Schluss als „caput mortuum“ in der atrophischen Uterussubstanz liegen. Ausserdem wird dem Uterus durch die Unterbindung der Art. spermaticæ und durch Ausschaltung eines grossen Abschnittes des Gefässnetzes ein bedeutender Verlust an Nährmaterial beigebracht. Mangelhafte Ernährung ist bei der Mächtigkeit der Art. uterina nicht zu befürchten; wohl aber tritt eine starke venöse Stauung auf. Diese bewirkt die nach der Castration auftretende starke Blutung. Neben der venösen Stauung tritt eine solche in den Lymphräumen ein, und beide zusammen bewirken dann eine starke Congestion des Uterus, die aber bald wieder verschwindet. Diese seröse Durchtränkung begünstigt die rückgängige Metamorphose, die dann oft rasch zu stande kommt.

Diese Prämissen Hegar's gelten heute noch, wenn wir auch hinsichtlich der Beziehungen zwischen menses und Ovulation heutzutage nicht mehr auf dem früheren Standpunkte stehen. Ovulation und Menstruation können ganz unabhängig von einander auftreten. Pflüger und Feoktistow *) haben dies hinlänglich bewiesen und uns so eine Erklärung der nach der Castration zuweilen eintretenden menstruellen Blutung gegeben.

Die Misserfolge der Castration bei Myomen scheinen darin ihren Grund zu haben, dass die durch die Stauung gesetzten Veränderungen nicht völlig ausgeglichen werden. Die erweiterten Gefässe bilden sich nicht zurück; die Thrombusmassen zerfallen; es bilden sich grössere oder kleinere Lymphcysten in dem Tumor aus und er wächst auf's neue, auch Blutungen treten wieder auf.

*) Arch. f. Gynæk. Bd. XXVII.

Hegar *) ist nun zwar augenblicklich nahe daran, die Castration in allen Fällen der weit gefährlicheren Myomotomie vorzuziehen.

Er zählt die verschiedensten Arten von Myomen auf, und bei allen sind Erfolge zu verzeichnen.

Thornton **) veröffentlicht sogar einen solchen bei einem ausgesprochenen Fibrocystom. Aber es gibt doch manche Fälle, in denen die Natur des Tumors und andere, wo die der Operation entgegenstehenden Schwierigkeiten die Castration als gefährlich oder nutzlos erscheinen lassen.

Besonders grosse und schnellwachsende Tumoren, sowie bereits cystisch degenerierte sind für die Castration wenig geeignet. Hier sehen wir sehr oft die eben erwähnten Symptome der mangelhaften Rückbildung der Stauung eintreten. Besonders bei diesen Tumoren treten die secundaren Thrombosen und Embolicen relativ häufig ein.

Die meisten dieser Tumoren, welche die genannten schweren Symptome hervorbringen, sind intraligamentäre Geschwülste. Bei ihnen tritt auch am häufigsten ein erneutes Wachstum auf. Hofmeier meint besonders desshalb, weil. die mehr aus der Art. uterina ernährte Geschwulst leichter wieder ihren arteriellen Zufluss erhalte. Hegar lässt diese Ansicht nicht zu und meint, es handle sich um eine Art übertriebener regressiver Metamorphose aus Mangel an normaler Circulation. Ueberhaupt sieht Hegar in der Grösse der Tumoren keine Contraindication der Operation, entgegen der Ansicht, die er früher hatte.

Wiedow veröffentlichte auf dem Kopenhagener

---

*) Hegar und Kaltenbach, Die operative Gynækologie, 1886, p. 378.

**) Obstetr. Society of London 1883, t. XXIV, p. 137.

Congress eine Statistik von 12 Fällen, in denen die Geschwulst bis zum Nabel oder sogar über denselben hinausragte. In 10 dieser Fälle war Menopause und Verkleinerung des Tumors eingetreten, bei den anderen 2 waren die Beschwerden ebenfalls gering, und es bestand nur geringe Blutung. Diese Erfolge sind allerdings glänzend, ihnen widersprechen aber die von Schröder und Spiegelberg gemachten Beobachtungen.

Wiedow schlägt überhaupt vor, die Myomotomie auf 2 Indicationen zu beschränken:

1. fibrocystische Tumoren,
2. auf gestielte subseröse Myome, wo die Stielversorgung leicht ist.

Er geht dabei von dem Gesichtspunkte aus, dass die Myomerkrankung des Uterus nur selten local, nicht multipel ist, und daher die conservativen Methoden doch ungenügend sind.

Die radicale Hysterectomie sei zu gefährlich, daher die Castration in allen Fällen vorzuziehen, mit Ausnahme der angegebenen.

Damit geht Wiedow offenbar zu weit, andere Autoren sprechen wieder der Castration zu viel an Wert ab. Die meisten Operateure nehmen die Castration vor, wenn keine Compressionserscheinungen seitens des Tumors vorliegen, sonst practizieren sie die Myomotomie, wenn sie nicht zu grosse Gefahren bietet.

Ist die intraperitoneale Enucleation möglich oder leicht, so wird sie meist vorgenommen. Vorsichtshalber kann dann die Castration mit ausgeführt werden, aber nötig ist sie nicht immer.

Die Castration ist jedoch gerade in den Fällen, in denen die Myomotomie schwierig ist, oft selbst eine schwierige Operation.

Die Ovarien liegen tief im Becken oder sind

durch zahlreiche gefässhaltige Adhäsionen verwachsen. Mit grosser Mühe müssen sie dann hervorgezogen werden und, abgesehen von den dabei entstehenden Zerreissungen und Blutungen, besteht die Gefahr, dass ein shokähnlicher Zustand auftritt. In der Literatur finden sich keine Angaben hierüber, wir aber haben selbst 2 derartige Fälle beobachtet. Wir haben hier ein Analogon zu den oft beobachteten Symptomen der Hodenquetschung. Die Operation wird dadurch sehr unangenehm gestört und zwar im gefährlichsten Moment. In solchen Fällen wird mancher doch lieber die Myomotomie machen. Die französischen Chirurgen machen die Castration nur dann, wenn die Ovarien leicht zugängig sind. „La Castration sera facile ou ne sera pas“ sagt Paul Segond *). Auch Hegar, Geza von Antal und Lée empfehlen keine Castration vorzunehmen, ohne die Ovarien vorher gefühlt zu haben. Man habe so, meint Hegar, die Gewissheit, dass die Ovarien leicht zugänglich sind. Tauffer dagegen, Bircher, Brooks u. a. glauben nicht an die Notwendigkeit, die Ovarien vorher zu fühlen. Wollte man Hegar's Methode genau befolgen, so würde eine grosse Anzahl von Frauen, welche die Operation sehr nötig haben und die doch gute Resultate erleben, nicht operiert werden können (Olshausen). Auch bei unseren Fällen waren meistenteils die Ovarien vorher nicht zu fühlen. Ausserdem kann man sich vor der Operation kein genaues Urteil über die vorhandenen Adhäsionen bilden. Die bimmanuelle Untersuchung gibt eben doch nicht allen Untersuchern und Operateuren ganz genaue Resultate. Tissier **) meint sogar boshaft, es könne eben nicht jedermann wie Hegar sogar einen Graaf'schen Follickel fühlen.

---

*) Société de Chirurgie, séance du 15 Mai 1888.

**) Thèse de Paris, 1885.

Muss man dann die vorhandenen Adhæsionen zerreissen, so können die Patienten wegen der jeder Controle sich entziehenden eventuellen Nachblutung in grosse Gefahr kommen, wir bringen später dafür Beispiele. Ein anderes oft unüberwindliches Hindernis bietet die Kürze der lig. ovarii. Es ist manchmal unmöglich, einen ordentlichen Stiel zu beschaffen. Die angelegten Ligaturen rutschen ab. In einem solchen Fall musste Hegar die Myomotomie machen, um seine Kranke nicht an Hämorrhagie zu verlieren.

Ueberhaupt lässt sich, wie aus dem Gesagten hervorgehen dürfte, nicht immer vorher bestimmen, ob man die Myomotomie oder die Castration vornehmen wird. Die eine oder andere Art ergibt sich oft erst während der Operation. Mehr wie bei jedem anderen Eingriff müssen wir auf jegliche Ueberraschung vorbereitet sein, sagt Thornton *).

Terillon hat versucht, eine bestimmte Indication für die Castration aus der Länge der Uterushöhle abzuleiten. Nach ihm gibt sie das beste Resultat, wenn sie 11—14 cm lang ist. Messe sie über 20 cm, so sei wenig Aussicht auf ein günstiges Resultat vorhanden. Er schlägt vor, die Uterushöhle zu sondieren. Abgesehen davon aber, dass dies nicht immer möglich ist, bietet die Hysterometrie grosse Gefahr. Winter sagt sehr richtig: das Catheter bringt in den Uterus eine Menge von Infectionskeimen aus dem Cervix, und wir bewirken so am Tage vor der Operation eine schwere Infection der Kranken.

In der Literatur finden sich verschiedene Fälle von einseitiger Castration, die gemacht wurden, weil ein Ovarium nicht zugänglich war. Wir haben nur einen Fall von Erfolg gefunden. Segond hat ihn loc. cit.

*) Obst. society. London 1882.

veröffentlicht. Auch ein von uns zu publicizierender Fall von einseitiger Castration ist ohne Erfolg geblieben.

In Fällen, wo weder die Myomotomie noch die Castration ausführbar sind, schlagen manche Operateure die beiderseitige Unterbindung der Tubo-Ovarialgefässe vor. Hofmeier und Antal*) empfehlen sie in der Voraussetzung, dass dadurch eine fettige Degeneration der Ovarien herbeigeführt oder auch direkt auf den Uterus und die Tumoren eingewirkt werden könne. Auch Terrier und Segond (loc. cit.) befürworten diese ligatures atrophiantes.

Andere sind ven ihrer völligen Nutzlosigkeit überzeugt, cf. Pozzi.

Die Gegner der Castration werfen derselben hauptsächlich vor, sie gebe keine Garantie für den gewollten Zweck. Nichts sei grausamer für Arzt und Patienten, als eine Operation übernommen und gut ausgeführt zu haben, und dann das gewünschte Resultat überhaupt nicht oder doch nur temporär erreicht zu sehen. Sie wollen die Castration überhaupt nur angewandt wissen, wenn die Myomotomie unmöglich ist.

Gewiss ist nicht jeder Fall zur Castration geeignet, wir glauben das genugsam hervorgehoben zu haben. In den meisten obengenannten Fällen aber wird sie ein günstiges Resultat geben, dafür bürgen die Statistiken. Und doch sind in ihnen auch die Fälle angeführt, in denen die Myomotomie nicht ausführbar war, die also von vornherein ein schlechteres Resultat versprachen; in den Statistiken der Myomotomie dagegegen zählen auch die Fälle von gestielten subserösen Myomen als gleichberechtigt mit!

Selbstverständlich haben auch das Alter und die

*) Centr. f. Gyn. 1882, p. 465.

sociale Stellung der Kranken einen Einfluss auf die Indication zur Castration. Einer der Klimax nahen Patienten wird man die Operation zu ersparen suchen. Aber auch, wenn das Climacterium noch entfernter ist, wird man bei einer Patientin, die sich pflegen kann, und die ihre Kräfte nicht zu des Lebens Unterhalt nötig hat, von der Operation Abstand nehmen, wenn nicht sonst zwingende Gründe vorliegen.

Pozzi fasst in aller Kürze die Indicationen der Castration folgendermassen zusammen:

Die Castration hat den Vorzug vor der Myomotomie, wenn sie leichter ausführbar ist und wenn nicht Compressionserscheinungen letztere bedingen.

Der beste Zeitpunkt für die Castration (Operation) liegt etwa acht Tage nach der Regel. Die Vorbereitungen sind dieselben, wie für jede andere Laparotomie. Die Lagerung der Kranken ergibt sich aus der Art des Eingriffs.

Wir haben drei Wege, um zu den Ovarien zu gelangen:

Den Schnitt in der linea alba, den oberhalb des Lig. Poutparti, sogenannter Flankenschnitt und den durch die Kuppel der Vagina. Alle drei Wege sind beschritten worden.

I. Der Flankenschnitt.

In der Regio iliaca oberhalb des Poupart'schen Bandes wird der Schnitt geführt. Er ist nur von Vorteil, wenn die Ovarien an normaler Stelle in straffen Ligamenten liegen. Der Schnitt wird von den Thierärzten angewandt. Am Menschen hat ihn nur Hegar versucht, seither aber wieder verlassen.

II. Die Incision vom Fornix vaginæ aus. (Batteysche Operation.)

Sie hat nur Wert, wenn die Ovarien an normaler

Stelle liegen. Wenn sie wie bei Fibromen verlagert sind, so ist die Operation sehr gefährlich.

Goodell *) musste in zwei Fällen die Operation von der Vagina aus aufgeben und die Laparotomie machen. Auf dem andern Wege konnte er die Ovarien nicht finden. Ausserdem arbeitet man im Dunkeln. Die Ligatur angeschnittener oder auch nur mit dem Nagel verletzter Venen ist ausserordentlich erschwert.

Vorteile bot die Operation in verschiedener Hinsicht. Die Wunde in der Vagina heilt schneller als die Hautwunde; die Därme kommen nicht mit der Luft in Berührung und Hernien können nicht entstehen. Die Methode ist wie auch sonst, für Castration bei Myomen nach und nach verlassen.

III. Die Laparotomie in der Linea alba hat nach und nach die anderen Operationsarten verdrängt.

Man setzt so allerdings die Därme der Luft aus, aber die Gefahr ist nicht so gross, wie man früher glaubte. Fettreiche und straffe Bauchdecken erschweren die Operation oft ausserordentlich.

Der Schnitt muss ziemlich tief bis 2—3 cm über der Symphyse herunter gehen, wobei Gefahr für die Blase besteht. In manchen Fällen empfiehlt es sich, ein Catheter in die Blase einzulegen.

Die Länge des Schnitts ergibt sich aus der Eigenart des Falles. Macht man ihn zu lang, so prolabieren leicht die Därme, und man setzt sich der Gefahr einer ventralen Hernie aus.

Ein zu kurzer Einschnitt erschwert die Einsicht in die Bauchhöhle und somit die Operation.

Hegar macht gewöhnlich einen Schnitt von 8 cm. Duplay (in Paris) nimmt nie unter 10—12 cm, während

*) Londoner Congress.

Lusk einmal mit 2,5 cm ausgekommen sein will. So kleine Schnitte empfehlen sich aber nicht, da dann die Bauchdecken unnötig gereizt und von einander getrennt werden, und so die Heilung der Bauchwunde verzögert wird.

Nach Eröffnung des Peritoneums folgt die Aufsuchung der Ovarien. Zwei oder drei Finger gehen in die Tiefe und suchen zunächst den Fundus uteri. Von ihm gehen die Tuben ab als leicht fühlbare Stränge, an deren äusserem Ende man in der halben Höhe auf der hinteren Fläche der Ligamente das Ovar auffindet.

Die Auffindung ist meist leicht, die Hauptschwierigkeit beruht in der Herausbeförderung der Ovarien. Ist das Ovar nicht zu tief im Becken gelegen und das Mesovarium nachgiebig, so ist die Operation leicht, andernfalls hat der Operateur sehr viel Mühe. Gewalt darf nicht angewandt werden, man schädigt dadurch die Wundränder, und zwar umsomehr, je kürzer der Schnitt ist. Dann droht bei Druck und Zug an den Ovarien die vorhin erwähnte Syncope. Durch den Zug kann das Mesovar angerissen werden; kleine Cysten oder frische Corpora lutea, mit denen das Ovar häufig durchsetzt ist, platzen; und als Hauptgefahr drohen Blutungen aus den oft varicösen Venen. Hunter verlor eine Kranke auf diese Art.

Es ist in solchen Fällen besser, die Ovarien nur halb in die Wunde zu ziehen und sie dann zu umstechen. Dabei ist allerdings besondere Vorsicht notwendig, da man im Halbdunkeln arbeitet. Die Därme müssen vom Assistent am Herabgleiten gehindert werden.

Alberts empfiehlt den Colpeurynter anzuwenden, um die Organe in die Höhe zu drängen; Andere ziehen den Druck des Fingers in's Scheidengewölbe vor, weil dadurch die Beweglichkeit des Uterus nicht gestört wird.

Ist das Ovar mit dem Peritoneum oder Netz verwachsen, so müssen die Stränge durch Zug mit dem Finger getrennt werden. Sind die Adhäsionen gefässhaltig, so müssen die einzelnen Gefässe doppelt unterbunden werden.

Hierauf wird der Stiel des Ovars unterbunden, dann abgeschnitten und der Stumpf versenkt. Um der Möglichkeit, dass Ovariumreste zurückbleiben, vorzubeugen, brennen die meisten Chirurgen nach dem Vorgange Hegar's die Spitze des Stumpfes ab. Den Stumpf bestreuen manche mit Jodoform. An hies. Klinik wird nach dem Abbrennen gewöhnlich nur mit einem Sublimatschwamm darübergefahren.

Man sehe ja vorsichtig nach, ob nicht Blut aus dem Stumpfe sickert und schneide die Fäden nicht eher ab, bis man sich von der vollkommenen Sicherheit der Ligaturen überzeugt hat.

Es ist jedoch zweckmässig, gleich nach Abtragung des einen Ovars die Fäden durchzuschneiden, da sonst durch die Manipulationen bei der Herausnahme des anderen Ovars die Ligatur des Stumpfes gelockert werden kann.

Die meisten Operateure entfernen zugleich mit dem Ovar die Ampulle und ein Stück der Tube. Lawson Tait hat diese Beigabe empfohlen, indem nach seiner Ansicht die beibehaltenen Tubenenden die Ursache der Fortdauer der menstruellen Blutung sind. Die Ansicht wird von vielen geteilt und in England wird die so veränderte Operation direct Tait'sche Operation genannt.

Bei der Castration ist oft die Evisceration der Därme nötig, um Platz zu erhalten. Dieselbe ist weniger gefährlich, als man früher glaubte, wenn man nur nasse warme Tücher über die Därme legt. Den Tumor zu eventieren, empfiehlt sich meist nicht, da derselbe

sich congestionieren würde und so schwer reponiert werden könnte. Auch würde man dadurch Thrombosen begünstigen.

Der Schluss der Bauchwunde kann wie bei jeder anderen Laparotomie vorgenommen werden, nur sind besonders sorgsame Naht- und Seidenfäden wegen der zu erwartenden Congestion des Uterus zu empfehlen.

Bei der Heilung treten mancherlei Complikationen auf. Von der Peritonitis, die meist einer unzulänglichen Antisepsis zuzuschreiben ist, wollen wir hier absehen. Sie kann zwar auch durch andere accidentelle Ursachen hervorgerufen werden. Von Interesse dürfte ein von uns zu publizierender Fall sein, in dem durch auf dem Peritoneum zurück gebliebene, mikroskopische Schwammpartikelchen, Tuberkel im Douglas'schen Raum entstanden.

Vor allem zu fürchten sind die Nachblutungen. Sie entstehen manchmal dadurch, dass in dem congestionierten Gewebe die ausserordentlich dünnwandigen Venen platzen. Diese Blutungen sind gewöhnlich nicht allzu copiös, sind sie heftig, so kann man wenig gegen sie machen. Häufiger entstehen die Nachblutungen aus unvollkommen unterbundenen oder angeschnittenen Gefässen.

Die Arterien und Venen sind in den Ligamenten etwas locker befestigt und rutschen daher leicht aus der Ligatur. Solche Blutungen sind sehr gefährlich. Man kann, wenn sichere Zeichen einer Anæmie vorhanden sind, die Bauchhöhle noch einmal eröffnen, aber mit geringer Aussicht, in dem blutgefüllten Becken das blutende Gefäss zu finden. Hunter*) hat in einem Falle dies Mittel angewandt, aber natürlich ohne Erfolg.

---

*) Société obst. New-York 1883.

Andere Blutungen treten als Metrorrhagien auf. Sie pflegen wenige Tage nach der Operation zu erscheinen und bieten sowohl in der Dauer (3 Tage bis 3 Wochen), wie in der Intensität die grössten Verschiedenheiten. Glaevecke behauptet, sie fehlten in keinem Falle. Er bezeichnet sie als verfrühte Menses, hervorgerufen durch den Reiz, den die Harausnahme der Ovarien bedingte.

Manchmal giebt es auch circumscripte Peritonitiden mit oder ohne Abscessbildung. Sie sind meist ungefährlich, verzögern aber die Heilung.

In seltenen Fällen finden wir kurz nach der Operation eine Entzündung der Parotis. Goodell *) hat 3 derartige Fälle veröffentlicht. Auch Zweiffel beobachtete einmal diese Erscheinung. Sie erklärt sich aus dem intimen Zusammenhang der Keimdrüsen mit den Drüsen des Halses. Billroth hat einen ähnlichen Fall beim Manne beschrieben.

Die später nach der Castration auftretenden Blutungen können den Charakter der menstruellen Blutung haben. Ein kleines zurückgebliebenes Stück Ovar kann dieselben veranlassen, oder ein Exsudat, das an der Stelle, wo die Ovarien sassen, liegt **).

Dem Operateur kann man diese Fälle nicht immer zum Vorwurf machen, da die Herausnahme der Ovarien oft mit den grössten Schwierigkeiten verknüpft ist. Der Grund für manche Fälle liegt offenbar anderswo. Der Uterus kann nach Entfernung der Ovarien mehr oder weniger periodische Blutungen erzeugen. Die Frage, ob es wirkliche menses sind, ist schwer zu entscheiden. Jedenfalls unterscheiden sie sich meist durch irgend welchen

*) Med. Times. Philadelphie 1885.

**) Hegar, Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nerv. Leiden.

Zug von den normalen menses. Entweder sind sie schwach oder sie sind zwar profus, zeigen aber wenig Regelmässigkeit und bleiben Monate lang aus; oder endlich sie sind während mehreren Monaten normal, bleiben aber dann vor dem normalen Climacterium definitiv aus.

Nach den Untersuchungen von Weigel kommt auch relativ oft ein drittes Ovar vor. Er fand es in 600 Fällen 23 mal, also 3,8 %. Dieses bedingt dann die Fortdauer der Blutung. Goodman versichert auch, dass viele Frauen aus einer Art falscher Scham, ihre normalen geschlechtlichen Erscheinungen nicht mehr zu besitzen, behaupten, sie hätten ihre Regel noch. Man solle nie an die Wiederkehr derselben glauben, ohne persönlich eine Periode beobachtet zu haben. Auch Isaiah de Zuche *) erzählt einen ähnlichen Fall. Wie weit die Verstellung der Weiber nach dieser Seite gehen kann, lehrt folgender von Herrn Dr. Freund mitgeteilter Fall: Eine von ihm castrierte Frau hatte nachher geschlechtlichen Umgang mit einem Manne, dem sie vorspiegelte, von ihm schwanger zu sein. Sie täuschte einen Abort vor, und die Sache kam bis vor's Gericht.

Die Menopause tritt nach der Statistik von Glaevecke in 88 % der Fälle ein. Tauffer **) sah nach der Castration zweimal periodisches Nasenbluten auftreten und Schmalfluss ***) berichtet über einen Fall von vicarürender Magenblutung. Glaevecke sah auf 44 Fälle zweimal periodisches Nasenbluten auftreten. Diese Blutungen hatten aber wenig Bedeutung. Im Gegensatz dazu veröffentlichen wir einen Fall von heftigen vicarürenden Blutungen aus Nase, Rachen und Zahnfleisch, die die Frau sehr heruntergebracht haben.

---

*) Austral. med. Journal 15., II. 1883.

**) Zeitschr. f. Geb. und Gyn. 1883. Bd. IX.

***) Archiv f. Gyn. Bd. XXVI.

Von sonstigen Folgezuständen wollen wir noch die bereits von Hegar erwähnten Schmerzen in Kreuz und Unterleib, sowie vermehrten weissen Fluss hervorheben. Die Schmerzen sollen oft vor der Operation vorhanden gewesen sein, in einzelnen Fällen treten sie aber erst nachher auf. Es ist dies ein Beweis, dass mit der Ablation der Ovarien nur zum Teil die zur Menstruation Anlass gebenden Momente entfernt sind. Nach Glaevecke bestehen bei etwa 50 % der Fälle solche Molimina. Auch Exantheme können zur Menstrualzeit auftreten. Ferner finden wir alle der Klimax eigentümlichen Erscheinungen. In vielen Fällen das Gefühl heisser Uebergiessungen, Herzpalpitationen, Kopfschmerzen etc., sogar Akne im Gesicht. Péan erwähnt zwei Fälle, bei denen Gedächtnisschwäche eintrat. Prochownik hatte behauptet, die Scheide atrophiere nicht, demgegenüber weist Glaevecke statistisch die Atrophie nach.

Der Tumor schrumpft nach der Operation meistens. Die ersten Angaben darüber macht Hegar. Die statistischen Angaben darüber schwanken zwischen

81 % bei Wiedow,
80 % bei Tissier, und
90 % bei Glaevecke.

Unsere Statistik kann so günstige Resultate nicht aufweisen, was aber bei der geringen Zahl der von uns veröffentlichten Fälle nichts bedeutet.

Auf die Psyche des Weibes hat die Castration nicht den deprimierenden Einfluss, den wir beim Manne in dem Falle beobachten. Die facultas colundi bleibt bestehen mit der voluptas, wenigstens in den meisten Fällen, und dadurch wird das Weib weniger darauf aufmerksam, dass es sein Geschlecht verloren hat.

An der hiesigen Frauenklinik wurden bis 1880 3 Fälle operiert, über welche Hegar schon berichtet hat. Alle 3 boten nach 6jähriger Beobachtung schöne Resultate. Der Tumor war in keinem Falle gewachsen und die Hæmorrhagien waren mehr oder weniger geschwunden.

In der Zeit von 1880—1892 incl. wurden an hies. Klinik 20 Fälle operiert. 2 von diesen 20 starben.

In dem einen Falle IX ergab die Section eine Embolie der Lungenarterien.

Der andere exitus IV war nicht durch die Operation herbeigeführt. Die Krannke starb am 11. Tage nach der Operation. Die Section ergab eine Myocarditis mit vollständiger Atrophie des linken Vorhofs. Daneben fanden sich im Douglas kleine Tuberkeln, die durch auf dem Peritoneum zurückgebliebene mikroskopische Schwammpartikelchen entstanden waren. (von Recklinghausen.) Der Tod war herbeigeführt durch die Herzatrophie, da keinerlei peritonitische Symptome bestanden. Der Fall ist mehrfach beschrieben worden. Wiedow erwähnt ihn, auch Tissier und Pozzi. Alle vorhin erwähnten Autoren werfen die Frage auf, ob dieser Fall nicht aus der Reihe der durch die Operation bedingten Todesfälle zu streichen sei.

Wir hätten dann auf 23 Operierte 1 exitus = 4,35 %.

Will man die vorhin angeführten Momente nicht gelten lassen, so erhalten wir bei 2 Todesfällen eine Mortalität von 8,7 %.

Die Erfolge anderer Operateure sind ungefähr die gleichen.

Leopold giebt 1891 folgende Statistik:

Operateur:	Castrationen:	Exitus:		
Hegar	132	12	=	12 %
Lawson Tait	245	17	=	7 % 1. Tsd.
do.	148	3	=	2,03 % 2. Tsd.
Olshausen	21	4	=	19,0 %
Martin	12	2	=	16,0 %
Fritsch	11	2	=	18,0 %
Schröder	24	1	=	4,5 %
Hofmeyer	15	3	=	20,0 %
Müller	21	1	=	4,7 %
Tauffer	17	0	=	0 %
Leopold	98	11	=	11 %
	744	56	=	8 %.

Bei der Statistik ist nicht immer angegeben, ob die Castrationen wegen Myomen vorgenommen wurden.

In Frankreich hat Tissier die beste Statistik aufgestellt. Auf 171 Fälle fand er 25 mit exitus = 14,6 %.

Genaue Auskunft über das jetzige Befinden liess sich in fast allen unseren Fällen erhalten. Nur bei Fall VI fehlt jede Auskunft.

Bei den 20 übrigbleibenden Fällen wurde nur in 2 Fällen, VII und VIII, eine Wiederkehr der Blutungen in ihrer vollen Intensität beobachtet. Fall VII hatte schon bei der ersten Operation den Verdacht auf Hæmophilie erweckt, eine zweite Operation musste wegen nicht zu stillender Blutung unterbleiben.

Fall VIII war eine einseitige Castration, von der man sich von vornherein wenig Erfolg versprach.

In 4 andern Fällen war anfangs Blutung vorhanden, die aber nachher stand (II, III, XII, XIX).

Bei I und Nr. 3 der vor 1880 publicierten Fälle besteht die Blutung fort, aber nur in geringem Masse.

Bei Fall VIII treten monatliche heftige Blutungen aus der Nase und dem Rachen auf, welche die Frau jedesmal sehr herunterbringen.

Die grösste Verschiedenheit im Vergleich mit anderen Statistiken finden wir hinsichtlich des Verhaltens des Tumors. Während der Tumor dort in 80 oder sogar 90 % kleiner wurde, ist dies leider bei uns nicht so.

Bei Fall II, VII, VIII, XIII ist der Tumor gewachsen. Allerdings meist langsam und ohne grosse Beschwerden. Nur Fall VII klagt direkt über Beschwerden. Es mag vielleicht auch auf einem Irrthum der betreffenden Personen beruhen, dass das Resultat so ungünstig erscheint. Wir haben die Nachrichten meist brieflich eingeholt.

Die Patienten geben konstant Obacht auf ihren Tumor, er belästigt sie in vielen Fällen, sie werden verstimmt uud vergrössern gern ihre Leiden. Nur eine genaue Messung des Tumors liesse sich verwerten. Unverändert blieb die Geschwulst bei Fall V, VI. XV.

Verkleinert hat er sich nur bei Fall III, X, XVII, XVIII.

Ueber die anderen Fälle fehlen die Nachrichten.

Bei der Operation boten manche Fälle Schwierigkeiten. In einem VII konnte nur ein Ovar entfernt werden. In zwei anderen traten während der Operation in Folge von Druck und Zug am Ovar die obenerwähnten Collapserscheinungen auf. Eine recht unangenehme Complikation bot Fall VII wegen der bestehenden Hæmophilie. Aber auch sonst waren Verwachsungen der Anhänge, abnorme Lage der Ovarien und die Unbeweglichkeit des Tumors oft recht lästig bei der Operation. Die meisten Myome sassen intramural und waren oft

von bedeutender Grösse. In 3 Fällen reichte der Tumor bis zum Nabel, in zweien sogar darüber hinaus. Bei Fall XI war nach 3 Jahren eine erneute Operation notwendig. In Folge schlechter Verheilung der Bauchwunde hatten sich Fistelgänge in den Bauchdecken gebildet. Sie wurden gespalten und viel Eiter entleert. Jetzt ist die Kranke gesund.

2 Operierte leiden an Hysterie, die sie aber schon vorher gehabt haben.

Was das Alter der Kranken angeht, so kam nur ein Fall unter 30 Jahren zur Behandlung. Die übrigen ergeben einen Durchschnitt von 40 Jahren.

12 hatten nie geboren, nur bei einer Frau waren sieben Geburten vorhergegangen.

Die Ovarien waren in 15 Fällen, in denen die Krankengeschichte darauf Rücksicht nimmt, nur 4 mal beiderseits und 6 mal auf einer Seite zu fühlen. Ueberhaupt nicht zu fühlen blieben sie in 5 Fällen.

Die Eierstöcke waren auch meist degeneriert oder vergrössert, und zwar in 9 auf 10 Fälle, in denen die Krankengeschichte darauf Rücksicht nahm.

Die Indication zur Operation gaben in den meisten Fällen Blutungen. Auch wegen geringerer Druckbeschwerden wurde die Castration vorgenommen. In drei Fällen sollte ursprünglich Myomotomie gemacht werden.

Meist wurden vor dem operativen Eingriffe andere therapeutische Mittel angewandt; erst wenn diese versagten, wurde zur Castration geschritten. Nie wurde operiert, ohne die Menses beobachtet zu haben. Es erklärt sich daher auch die relativ geringe Anzahl von Castrationen, die wir veröffentlichen können. Ohne den Standpunkt Spencer Wells zu teilen, muss man doch vor der in den letzten Jahren herrschenden Sucht, möglichst grosse Statistiken zu veröffentlichen, warnen.

Die Castration wird ausser bei Myomen noch bei allen Arten von Dysmenorrhœ congestiver, obstructiver und nervöser Natur geübt. Sie ist immer ein schwerer Eingriff. Aber auch, wenn sie als Operation ganz unschuldig wäre, dürfte der Chirurg doch nur in dringenden Fällen zu ihr seine Zuflucht nehmen.

Mit der Castration hört eben die Fähigkeit des Weibes zu gebären auf. Im grauesten Alterthum schon waren die Geschlechtsorgane als zur Fortpflanzung der Gattung nötige Organe heilig. Auch unsere Gesetze strafen schwer jede mutwillige Schädigung derselben. Der Operateur darf also nicht von dem Standpunkt ausgehen: „volenti non fit injuria“, er muss im Gegenteil oft eine Frau, die, der ewigen Qualen müde, dringend nach einer Operation verlangt, zurückweisen, wenn er irgend noch eine Möglickeit sieht, der Frau auf andere Art zu helfen.

Zwar versichert Lawson Tait, alle von ihm extirpierten Ovarien waren so degeneriert gewesen, dass an eine normale Function derselben nicht zu denken war. Ob er mit diesem Einwand seine Massenextirpationen ganz rechtfertigt, wollen wir unentschieden lassen.

Spencer Wells hatte auf 1000 Fälle nur 82 Castrationen.

Lawson Tait zählt 400 Castrationen.

Dazwischen liegt die aurea mediocritas.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinem verehrten Lehrer Herrn Prof. Dr. Freund, sowie Herrn Dr. Freund, Privatdozent an der Kaiser Wilhelms-Universität, und den Herren Dr. Muret, Dr. Ries und Dr. Müllerheim, Assistenten an der gynækologischen Klinik in Strassburg, meinen verbindlichsten Dank für das bereitwilligst mir zur Verfügung gestellte Material auszusprechen.

Literatur.

Hegar, Die Castration der Frauen. Leipzig 1878.
A. Martin, Berliner klinische Wochenschrift. 1878.
Hegar, Centralblatt für Gynækologie. 1879.
Schröder, Krankheiten der weibl. Genitalien. Leipzig 1879.
Israël, Berliner klinische Wochenschrift. 1880.
Koeberle, Gazette médicale de Paris. 1880.
Battay, Congress med. international. London 1881.
Geza von Anthal, Centralblatt für Gynækologie. 1882.
Lawson Tait, Obstetr. Seciety. London 1882.
Péan, Gazette des Hôpitaux. 1883.
Wiedow, Koeberlé, } Congress zu Kopenhagen. 1884.
Tauffer, Zeitschrift für Geb. und Gyn. 1883. Bd. IX.
Pozzi, Société de Chirurgie. Paris 1884.
Martin, Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. Leipzig 1885.
Léon Tissier, Thèse de Paris. 1885.
Péan, Gazette des Hôpitaux. 1886.
Hegar und Kaltenbach, Die operative Gynækologie. Alle Auflagen.
Prochownik, Archiv für Gynækologie, Band XXI.
Leopold, Archiv für Gyn. Die operative Behandlung der Uterusmyome. 1890.
Pozzi, De la Castration. Méd. mod. 1890.
Zweiffel, Die Stielbehandlung bei Myomotomie. 1888.
Glaevecke, Körperliche und geistige Veränderungen etc. Archiv für Gyn. XXXV.
Prochownik, Beiträge zur Castration. Archiv für Gyn. Bd. XXIX.
Winkel, Frauenkrankheiten, p. 697.

Krankengeschichten.

I.

1880. — Frau M. B., 30 Jahre, Ehefrau aus B. bei L.

10. XI. 80. Familienanamnese ohne Belang. Im 12. Jahre wurde sie zum ersten Male menstruiert. Die Regel war ohne Schmerzen und ziemlich profus. Bis vor 5 Jahren kehrte die Regel regelmässig alle 4 Wochen wieder, dauerte acht Tage, war schmerzhaft und profus. Seit den letzten 4 Jahren wird die Regel unregelmässig, sie kommt bald alle drei Wochen, dann setzt sie auch wieder 6—8 Wochen aus und ist dabei ungemein reichlich und schmerzhaft. Seit 2 Monaten haben die Beschwerden zugenommen.

Status. Mässig starke Person mit blassen Schleimhäuten. Der Thorax hat etwas emphysematöse Form. Schlecht entwickelte Mammæ. Die Leber ist bis zur 7. Rippe herabgedrängt und steigt noch tiefer herab bei der Inspiration. Am Herzen ein lautes systolisches Geräusch zu hören, dasselbe setzt sich fort bis in die Aorta. Aus dem Becken steigt genau median ein Tumor auf, der sich sehr fest an die Bauchwand anlegt. Oedeme sind nicht vorhanden. Höchst übelriechende Schleimabsonderungen aus der Vagina. Der Muttermund ist etwas geöffnet; der Uterus stark antevertiert, er lässt sich aufrichten, aber unter grossen Schmerzen für die Patientin. Man bekommt den Eindruck eines stark gefüllten Uters, der in seiner oberen Partie Tumoren und in seiner Höhle Flüssigkeit enthält. Das linke Ovar ist allein fühlbar.

Die Patientin wird nun vom 15. XI. 80 bis zum 12. IV. 81 in der Klinik behandelt. Sie verliert während dieser Zeit fast fortwährend Blut und kommt trotz aller angewandten Mittel immer mehr herunter. Es wird daher die Castration beschlossen.

12. IV. Castration. Schnitt in der linea alba. Das linke Ovarium hommt sofort in der Wunde zum Vorschein. Es ist

um das dreifache vergrössert und cystisch degeneriert. Das rechte konnte nur dadurch zugänglich gemacht werden, dass man von der Scheide aus den Uterus nach oben und rechts drechte. Es zeigt die nämlichen Veränderungen wie das linke. Die Stiele werden in zwei Portionen mit Seide unterbunden. Schluss der Wunde.

Nach der Operation verlor die Patientin noch mehrmals Blut in grossen Stücken und unter wehenartigen Schmerzen. Die Wunde schloss sich erst nach einer geraumen Zeit, da eine kleine Strecke derselben eiterte. Die Patientin litt auch während der ganzen Zeit an Verstopfung.

21. V. Heute wird die Patientin entlassen.

Die innere Untersuchung ergiebt Hochstand des Uterus, er steht drei Finger breit über der Symphyse. Bei der tiefen Anterversion ist nur die hintere Fläche zu fühlen. Der Tumor, der früher im hinteren Laquear vaginæ lag, ist verschwunden. Begreiflicherweise lässt sich die Exploration nicht forciert verfolgen.

29. III. 82. Patientin stellt sich wieder vor.

Bis vor 9 Wochen war die Patientin gesund. Sie verlor alle 6—7 Wochen etwas Blut, auch in der Zwischenzeit manchmal einige Tropfen, aber ohne Schmerzen. Der Stuhl war immer etwas angehalten, sie musste immer Bitterwasser und St. Germainthee nehmen. Vor 9 Wochen bekam sie Schmerzen in den Leib, musste brechen, wurde schlaflos, erst am 9. Tage bekam sie Stuhl. Seitdem wiederholte sich das Erbrechen alle Tage oder 2—3 Tage, der Leib trieb sich auf, ohne schmerzhaft zu werden auf Druck. Die Patientin ist sehr geschwächt, der Herzton ist trotz der starken Abmagerung nicht zu fühlen.

Die Leberdämpfung reicht bis drei Querfinger unter den Nabel, wegen der grossen Reflexerregbarkeit der Bauchdecken ist palpatorisch nichts wahrzunehmen. Die Milz scheint nicht vergrössert zu sein. Der Leib ist auf Druck unempfindlich und nicht aufgetrieben; nur im Epigastrium eine handbreite, quere Auftreibung, an der man peristaltische Bewegungen sehen kann, die von oben nach unten verlaufen. Vom Nabel zur Symphyse eine fast lineäre Narbe. Bei bimanueller Untersuchung fühlt man ein stark vergrössertes Corpus, das etwas über den Beckeneingang hervorragt, im Douglas ist kein Tumor wahrzunehmen. An der linken Kante fühlt man den Stumpf

als haselnussgrossen Knoten. Schmutzig roter, nicht riechender Abgang aus Vagina. Die Hauptklagen sind über die Magengegend, wo andauernd Schmerzen verspürt werden.

9. V. Nach 2monatlicher Beobachtung wird die Patientin mit der Diagnose Carcinoma ventriculi in die Kussmaul'sche Klinik gebracht.

Gestorben an Carcinoma ventriculi. Carcinema.

II.

1882. — N. T., 39 Jahre, Feldarbeit, Sch . . . .
Aufgenommen 31. III.

Vater starb an Magenkrebs, Mutter an Typhus, 1 Schwester an Lungenentzündung.

Pat. menstruiert mit 14 Jahren, Regel schwach, schmerzhaft, 5 Tage dauernd.

Von 18—32 Jahren war Patientin leidend, als Symptome giebt sie an Appetitlosigkeit, Magenschmerzen.

Seit einem Jahre ist die Regel viel stärker geworden, dauert 8 bis 11 Tage und kehrt gewöhnlich nach 14 Tagen wieder. Das Blut ist dabei sehr dunkel und mitunter gehen unter heftigen Unterleibsbeschwerden geronnene Stücke ab. Seit 4 Monaten sind die Beschwerden, die vorher unterbrochen waren, continuierlich geworden.

Der Stuhl ist immer hart. Kein Harndrang. Der Schlaf ist häufig durch Schmerzen gestört.

Status: Stark gebaute, mittelgrosse Frau, leicht abgemagert. Die Hautfarbe hat einen Stich in's gelbliche. Die Schleimhäute sind blass, die Zunge nicht belegt. Schlaffer Gesichtsausdruck. Keine Drüsenschwellungen. Der Thorax ist etwas aufgetrieben, das Herz normal, ebenso die Lungen, leicht verschärftes Atmen. Brüste gut entwickelt und ohne Inhalt.

Der Leib ist weich, unempfindlich auf Druck, nur auf der linken Fossa iliaca bei tiefem Eindruck etwas Empfindlichkeit.

An den äusseren Genitalien ist nichts Abnormes. Das Hymen ist perforiert, aber sein Rand ist intact. Scheide hart und glatt. Die Portio ist ein schmaler Zapfen und sieht nach vorn. Nach links liegt ein grosses eiförmiges Corpus, das

hinten die Aushöhlung des Kreuzbeins einnimmt. Es lässt sich aufrichten, hat eine harte Consistenz und im Ganzen glatte Oberfläche.

Der Tumor erstreckt sich vorzugsweise nach links und nach hinten. Von der hinteren oberen Wand springt ein apfelgrosser Tumor leicht vor. Ovarien ohne Narkose nicht zu palpieren. Ziemlich dünner, eiteriger Fluor ohne Geruch. Die Sondierung zeigt die Uterushöhle nach rechts und hinten liegend.

18. — 26. III. Regel mit viel dunklem Blutabgang und Schollen mit grossen Schmerzen.

28. IV. Starke sexuelle Erregung. Ordin. Lupulin, Bromkali, Kampher.

5. V. Patientin befindet sich wohl, wird heute mit animal. Lymphe geimpft.

8. V. Patientin klagt über Schmerzen und Druck im Leib.

10. V. Beginn der Regel. Patientin klagt über Kopfschmerzen.

16. V. Heute scheint die Regel zu Ende zu sein. Die Schmerzen waren weniger gross. Einmal bekam Patientin etwas Opium. Sie klagt über Herzklopfen. 1 Stuhl.

17. V. Der höchste Punkt des Uterustumors liegt etwa handbreit über der Symphyse, 3 Finger breit unterhalb des Nabels. Das linke Ovarium scheint direct seitlich zu liegen. Das rechte liegt dem Uterus etwas auf.

Die Portio ist lang ausgezogen. Die Sonde dringt 8 cm in die Uterushöhle ein.

19. V. Entlassung.

23. VI. Die Patientin, die sich nach dem Aufenthalt in der Klinik etwas gebessert gefühlt hatte, kommt wegen heftiger Schmerzen wieder in die Klinik.

26. VI.—4. VII. Regel unter den gewöhnlichen Erscheinungen, nur minder schmerzhaft.

7. VII. Entlassen auf Wunsch.

19. I. 83. Wiederaufnahme.

5. II. Fortwährende Schmerzen, Periode wie vorher.

Fortwährende Schmerzen. Ord. Ferr. mit Valerian.

7. II. Regeleintritt unter Schmerzen im Kreuz und Unterleib.

11. II. Periode heute zu Ende.

12. II. Untersuchung in Narcose.

Uterus retroflectiert, verdickt, besonders an der rechten Seite, wohl Fibroide. Aufrichtung nicht ausführbar.

9. III. Periode mit bedeutenden Schmerzen.

16. III. Status: Grosse, blasse Person mit gelblichem Coloret, am Herzen anämische Geräusche, Nonnensausen am Hals. Keine Milz- oder Lebervergrösserung.

Ziemlich dicke Bauchdecken. Links unten befinden sich Blutegelnarben. Ueber der Symphyse besteht Druckempfindlichkeit. Der Puls ist sehr klein.

17. III. Castration. Bauchschnitt 10 cm lang, derselbe musste nachträglich bis über den Nabel verlängert werden. Die Bauchdecken sind sehr dick und fett. Es folgt genaue Blutstillung und Eröffnung des Peritoneums. Bei der Eröffnung desselben drängte sich eine Darmschlinge vor, so dass man beinahe in den Darm geschnitten hätte. Man fand den Uterus retroflectiert und durch ein auf seiner Hinterwand sitzendes Fibroid bis zu Mannsfaustgrösse verdickt. Das linke Ovarium sass an einem ziemlich langen Stiel, war etwa um das Doppelte vergrössert und mit einigen kleinen Cysten durchsetzt. Das rechte Ovarium war sehr fest an den Uterus herangezogen, von normaler Grösse, derb, höckerig. Das linke wurde leicht entfernt und der Stiel in der gewöhnlichen Weise behandelt. Das rechte Ovarium konnte nur sehr schwer aus der Bauchwunde gezogen werden, man musste dabei einen Muzeux anlegen. Nach Unterbindung konnte wegen des kurzen Stiels nicht das ganze Ovarium abgenommen werden, der kleine zurückbleibende Rest wurde mit dem Paquelin gehörig cauterisiert, ausgepresst, und da die Blutung noch fortdauerte, mit mehreren Nähten umstochen. Darauf wird der Stiel versenkt. Nachdem das Blut entfernt war und sorgfältig die Toilette vollendet, wird in der gewöhnlichen Weise die Bauchnaht angelegt. Dauer der Operation zwei Stunden.

18. III. In Folge des vielen Chloroforms, das die Patientin gebraucht hatte, dauerte die Betäubung mehrere Stunden. Darauf klagte die Patientin über Schmerzen im Leib und an der Wunde. Ord. Morphium, Puls 72 und kräftig. Heute früh musste der Urin geholt werden. Die Patientin hatte wohl Aufstossen, aber kein Erbrechen.

20. III. Erster Verbandwechsel.

Die Wunde zeigt nirgends Schwellung oder Rötung. Ent-

fernung eines Drahtes. Die Patientin wird von Winden geplagt und klagt über Brechreiz und Würgen. Ord. Ein Klystier von Kamillen.

21. III. Zweiter Verbandwechsel. Es zeigt sich kein Eiter. Herausnahme einiger Nähte und Ausspülung der Scheide.

22. III. Auf mehrere Einläufe ist noch immer kein Stuhl erfolgt. Die Winde gehen ohne Schmerzen ab.

23. III. Erster Stuhl sehr reichlich. In Folge der starken Entleerung Schmerzen im Unterleib, die indessen sehr bald nachlassen.

26. III. Bei dem Verbandwechsel entleert sich an einer Stelle auf Druck etwas Eiter. Die Schmerzen haben aufgehört. Temp. 37,8.

27. III. Patientin hat heftigen Drang zum Wasserlassen. Beim Verbandwechsel zeigt sich am unteren Rand der Wunde eine Rötung von der Grösse eines Fünfmarkstückes, aus der sich auf Druck durch die Nahtlöcher Eiter entleert. Temp. 38,4. Stuhl gut.

5. IV. Patientin darf zum ersten Mal aufstehen.

19. IV. Patientin verlässt vollständig geheilt die Klinik.

16. I. 84. Bis zum Herbst war Patientin ganz wohl. Sie machte dann einen Typhus durch und lag acht Wochen, auch nachher bestand bei ihr grosse Schwäche. Nach Angabe des Arztes hat sie während des Typhus eine Cystitis durchgemacht, wobei sie häufig von der Hebamme catheterisiert wurde. Jetzt klagt sie über Urindrang und Schmerzen in der Urethra. Nachts indessen lässt der Drang nach. Die Nymphomanie ist wieder im Wachsen begriffen. Bei Weingenuss wachten die Schmerzen. Während des Typhus fand eine einmalige starke Blutentleerung statt aus den Genitalien. Sonst hat sich nichts von der Regel gezeigt.

17. I. Status: Die Bauchnarbe sieht sehr gut aus und wird bei stärkerem Husten vorgewölbt. Patientin klagt über Kopfschmerzen an der ganzen Stirn. Heute wurde mittelst Catheter 300 gr Urin entleert, derselbe zeigt nichts Abnormes. Der Uterus hat seine natürliche Grösse und ist in jeder Richtung abnorm leicht beweglich. Er liegt, wenn die Patientin auf dem Rücken liegt, etwas retrovertiert. Von dem Tumor ist nichts mehr zu erkennen. Kein Ausfluss.

20. I. Patientin klagt über brennende Schmerzen beim Wasserlassen, sie liegt gewöhnlich auf der Seite.

Die Krankengeschichte ist nicht fortgeführt.

III.

1883. — Frau Cl. aus A. (B.), 44 Jahre alt.

Aufgenommen wegen Myoma uteri.

Familienanamnese ohne Belang. Mit 17 Jahren menstruiert. Zu 25 Jahren erste Geburt normal. Seitdem alle 3 1/2 bis 4 Wochen reichlicher Menses, 8 Tage dauernd und grosse geronnene Stücke dabei.

Seit 9 Jahren wird der Leib dicker; ziehende Schmerzen, besonders während der Regel. Seit einem halben Jahre wird Patientin zusehends schwächer, Appetit gut. Stuhl nur auf Einlauf. Uriniert ohne Beschwerden.

6. VI. Status: Blasse Frau mit mässigem Panniculus, Muskulatur schlaff. Keine Oedeme, linke Leistengegend leicht angeschwollen. Sonstige Organe normal. Im Urin kein Eiweiss.

Abdomen stark aufgetrieben, namentlich im unteren Teil. Grösster Umfang 3 Finger unterhalb des Nabels 29 cm.

7. VI. Erste Ergotininjection in die Bauchwand unterhalb des Nabels, darauf heftiges Brennen.

9. VI.—13. VI. Menses.

Der Tumor ist kleiner geworden.

14. VI. Zweite Ergotininjection. Eisblase aufgelegt.

23. VI. Dritte Ergotininjection ohne Reaction ertragen.

Es folgen nun noch 14 Injectionen, ober ohne weitere Einwirkung. Es gehen immer grosse Fetzen von Blut ab.

27. VII. Untersuchung in Narcose. Der Muttermund hat die Grösse eines 2 Markstücks. Die rechte Uteruskante ist frei, die linke geht vollkommen in den Tumor über. Das linke Ovar liegt platt dem Tumor auf.

Der Tumor ist zu gross, als dass er per vias naturales entfernt werden könnte. Es wird Castration beschlossen, und sollte darnach die Blutung nicht aufhören, Totalexstirpation vorzunehmen.

1. VIII. Laparotomie: Bauchschnitt vomNabel abwärts. Peritoneum oben und unten fixiert. Der Schnitt muss, um den

Ovarien beikommen zu können, nach oben verlängert werden. Das linke Ovarium liegt weit nach aussen. Das Mesovar wird unterbunden. Keine bedeutendere Blutung. Das rechte Ovar wird nun hervorgeholt und ebenfalls unterbunden. Da rechts das Ende der Tube cystisch degeneriert war, so wird dieses mit abgetragen, mit der Langenbeck'schen Scheere gefasst und abgebrannt. Keine nennenswerthe Blutung. Darauf Abtragung und Cauterisierung des linken Ovars. Keine Spur von Blutung. Bauchnaht: tiefe Silber, oberflächlich Seidennähte. An den beiden Enden wird das Peritoneum für sich mit Seide genäht.

2. VIII. Patientin erhält Morphiuminjection (0,01) worauf sie schläft. T. 38,0, P. 96.

6. VIII. $^1/_2$ stündiges stürmisches Nasenbluten.

8. VIII. Starker Blutabgang aus den Genitalien, ohne besonderen Anlass, heisse Vaginaausspülung.

15. VIII. Herausnahme der Seidennähte und Drähte. Die Wunde eitert etwas am untern Rand.

28. VIII. Die Bauchwunde ist völlig geheilt, gar keine Secretion mehr.

29. VIII. Der Tumor ist bedeutend kleiner geworden. Er reicht nur noch bis an den Nabel.

Patientin wird entlassen.

IV.

1884. — M. G., 41 Jahre, aus H. bei B. Nr. 7 des gyn. Buches.

8. I. 84. Patientin ist immer gesund gewesen. Mit 18 Jahren wurde sie zum ersten Mal menstruiert, seither regelmässig alle 4 Wochen 3—4 Tage dauernd und normal stark. Nie bestanden Schmerzen weder vor noch nach der Regel. Von Zeit zu Zeit bestand fluor albus. Patientin hat nie geboren. Seit einem Jahre ist die Regel alle 3 Wochen wiedergekehrt mit 5 bis 6tägiger Dauer und sie verlor dabei viel helles Blut. Auch jetzt ist die Regel selten schmerzhaft. Die letzte Regel hatte sie vor 6 Wochen, sie dauerte 5 Tage, doch kamen während 14 Tagen alle 2—3 Tage Blutungen nach. Seit $2^1/_2$ Monaten bemerkt die Patientin ein Dickerwerden ihres Leibes, dabei treten von Zeit zu Zeit peinigende Schmerzen im Unterleib auf.

Der Stuhl ist verstopft und unregelmässig, der Appetit hat abgenommen, der Schlaf ist schlecht. Wasserlassen schmerzlos. Urin schwach sauer, kein Eiweiss. Spec. Gew. 1017.

9. I. 84. Status präsens: Ziemlich grosse, gut genährte Person, hat kein Fieber, guter starker Puls, abdominelle Gesichtsfarbe, Zunge nicht belegt. Körper sonst normal, ebenso Organ. Sehr starker Bauchumfang. Der Nabel steht sehr hoch. Aus dem Becken steigt ein grosser knolliger Tumor bis 2 Finger unter dem Nabel, an demselben hängt nach links an einem langen Stiele ein zweiter Tumor von sehr harter Consistenz, offenbar im Fibroid. Bei der Exploratio per vaginam fühlt man einen runden ödematösen Muttermund hinter der Symphyse. Im Douglas liegt ein harter, mit Furchen versehener Tumor. Der Uterus ist anteflectiert und etwas nach links verlagert. Patientin bekommt eben ihre Regel, so dass eine genauere Untersuchung unterbleibt.

10.—20. I. Die Menses dauern neun Tage, seit heute kein Blut mehr.

22. I. Exploration unter Chloroformnarkose. Vagina lang, Portio dick, Muttermund rundlich. Beide Lippen desselben verdickt. Rechts und links hoch hinauf fühlt man harte Tumoren, wohl subseröse Fibroide. Hinten in den Douglas hängt ein sehr harter Tumor hinab. Blase über die Symphyse hervorgezogen.

24. I. Patientin hat wieder geblutet.

26. I. } Die Blutung dauert fort, Patientin erhältt 3 × sgl.
28. I. } 0,5 pulv. secal. cornuti.

5. II. Seit vorgestern verliert Patientin nur noch geringe Massen von Blut. Allgemeinbefinden gut.

8. II. Die Blutung hat völlig aufgehört und die Operation wird auf morgen festgesetzt.

9. II. Operation: Bauchschnitt vom Nabel abwärts bis 2 Finger breit über der Symphyse. Geringe Blutung.

Patientin verträgt aber das Chloroform sehr schlecht, ihr Puls wird gleich null. Es wird deshalb von der Fibroidextraction abgesehen und nur die Castration vorgenommen. Das linke Ovarium ist mit Pseudomembranen umgeben, es wird hervorgeholt, am lig. ovarii unterbunden und mit der Tube abgeschnitten. Der Stumpf wird mit Langenbeck und Paquelin zugestutzt. Das rechte Ovarium ist mit den Fibroidmassen

verbacken. Es lässt sich nicht ganz aus der Bauchhöhle herausziehen. Mühsam gelingt es, dasselbe zu unterbinden. Es wird dann ebenfalls abgeschnitten mit der Tube und wie voriges zugestutzt. Geringe Blutung. Darauf peinlichste Toilette der Bauchhöhle. Darauf wird die Bauchwunde mit Silber- und Seidennähten geschlossen, was grosse Mühe macht, weil die Patientin nicht tief chloroformiert werden kann, und durch Spannung die Bauchdecken eisenfest wurden. Darauf Verband mit Tymolgaze.

Nach der Operation wird der Puls etwas besser, die Pat. bleibt aber benommen und giebt auf Fragen keine Antwort.

Sie erbricht Schleim mit gelblichen Massen gemischt. Nachmittags abermals Brechen, wobei zwei Nähte mit hörbarem Knalle platzen.

10. II. Patientin hat ein paar Stunden geschlafen. T. 37,3, P. 72.

Um die Nähte vor dem Zerreissen zu schützen, wird ein Heftpflasterverband angelegt. Heute kein Brechreiz. Patientin lässt spontan den Urin. Gegen Abend spürt Patientin fast keine Schmerzen mehr.

11. II. Patientin hat gut geschlafen. Geringe Leibschmerzen, da die Winde noch nicht abgegangen sind. Zunge nicht belegt.

13. II. Patientin fühlt sich wohl, schläft gut. Der Puls ist ruhig und ziemlich kräftig. Seit gestern geht Blut aus der Scheide ab.

16. II. Patientin hatte noch keinen Stuhlgang, sie bekommt Limonade purgative.

18. II. Patientin hat etwas Stuhlgang, die Nähte werden entfernt, nur vier Drähte bleiben noch in der Wunde. Wunde prima intentione geheilt. Heftpflasterverband. T. 37,3.

19. II. Patientin fühlt sich sehr wohl.

20. II. Patientin hat gut geschlafen. Morgens klagt sie über geringe Schmerzen in der linken Inguinalgegend. An dieser Stelle besteht eine geringe Dämpfung, die auf Anfüllung der Flexura sigmoidea mit Kothmassen gedeutet wird. Ein Kamillentheeklystier ist ohne Erfolg, um Stuhlgang zu erzwingen erhält sie Limonade purgat. Um halb 12 Uhr isst Patientin, fühlt sich dabei völlig wohl, spricht und lacht. Um $^1/_4$2 Uhr empfindet Patientin plötzlich Uebelkeit, sie bricht

und lässt dünnen Stuhlgang. Der Puls ist sehr klein, aussetzend, der ganze Körper mit kaltem Schweiss bedeckt. Pat. lässt jetzt den Stuhl unter sich gehen. Injectionen von Campher beleben auf kurze Zeit. Der Verband wird geöffnet. Die Wunde ist schön geheilt und zeigt nichts Abnormes. Der Puls wird immer schlechter, die Atmung rascher, Patientin kann nicht mehr deutlich sprechen, giebt nur Zeichen der höchsten Angst von sich. Um 2 Uhr 20 M. unter Collapserscheinungen Exitus letalis.

Sectionsprotokoll: Die Section ergiebt eine Myocarditis fibrosa chronica im linken Herzen und völlige Atrophie des linken Vorhofs, derselbe ist fast membranös. Sonst nichts Abnormes. Das Peritoneum ist spiegelglatt. Die Wunde sehr schön per primam verklebt. Auf dem Peritoneum in der Sacralgegend bis in den Douglas hinab etwa hirsengrosse Knötchen verbreitet, die Tuberkeln sehr ähnlich sehen. (Die mikroskopische Untersuchung ergiebt die charakteristischen Merkmale der Tuberkeln, in deren Mitte sich kleine Schwammpartikelchen als Kerne fanden. Durch das Zurückbleiben mikroskopisch kleiner abgeschürfter Schwammreste war also hier die Tuberkelbildung erzeugt worden.) Der Uterus ist von festen Tumoren rings umgeben, die bis in den Douglas hinabgehen. Die Ovarienstümpfe sind lose mit der Umgebung verklebt. Links findet sich ein Tropfen eingekapselten Eiters. Das Rectum ist angefüllt mit reichlichen Kothmassen. In der rechten Vena hypogastrica fand sich ein wahrscheinlich durch den Druck des Tumors entstandener Trombus. Herzatrophie.

In den Aesten der Art. Pulmonalis Gerinnsel, bei denen sich nicht entscheiden lässt, ob sie post- oder promortal entstanden sind.

V.

1884. — Frl. A. St. aus St. bei B. B., 39 Jahre alt. Nr. 140 des gyn. Buches.

Diagnose: Fibroide des Uterus.

30. VII. Anamese: Familienanamnese ohne Belang. Als Kind war Patientin immer kränklich, näheres darüber weiss sie nicht anzugeben. Seitdem leidet sie immer an Husten, sonst will sie nie krank gewesen sein.

Menstruiert wurde sie mit 15 Jahren, jedoch stets schwach, aber regelmässig alle 4 Wochen 2—3 Tage lang mit krampfartigen Schmerzen im Unterleib verbunden, nie Fluor albus.

Seit 4 Jahren ist die Regel sehr stark, es gehen grosse Coagula ab, die Dauer beträgt oft nur 3 Tage, dagegen hat die Patientin dabei Schmerzen im Unterleib und Kopfweh.

Seit letzten Herbst schwillt ihr Leib an. Seit Mai besteht beständiger Harndrang, der Stuhl geht ohne Beschwerden ab. das Allgemeinbefinden ist ziemlich gut.

30. VII. Status praesens: Mittelgrosse, blasse Person mit schwachem Puls. Man hört starke anämische Herzgeräusche. Aus dem Becken steigt ein harter Tumor bis 2 Finger breit unter dem Nabel hervor. Es besteht Harndrang.

Mässig lange Portio, der Tumor sitzt am Uterus, ist ein Fibroid. Es scheint sich um multiple Fibroide des Uterus zu handeln, da kein Uterus abgrenzbar ist.

6. VIII. Vom 31. VII.—3. VIII. hatte die Patientin ihre Periode. Dieselbe war sehr profus. Nach derselben wurden 2tägige Ergotineinspritzungen versucht. Sie verträgt dieselben sehr gut.

25. VIII. Eintritt der Periode. Sehr starker Blutabgang während 4 Tagen. Ausstossung kleiner Gerinnsel. Beginn der Regel. Sehr viel dunkles Blut, keine Gerinnsel. Die Regel dauert bis zum 25.

29. IX. Operation:

Auf Grund der allzuprofusen Blutungen beschliesst man die Castration zu machen, oder bei leichter Beweglichkeit des Uterus die Myomotomie.

Die Blase steht bis 2 Querfinger über der Symphyse.

Der Tumor reicht bis 2 Querfinger unter den Nabel.

Links ist das Ovarium deutlich fühlbar, rechts sind Adhæsionen, das Ovarium nicht deutlich fühlbar.

Beim Einschnitt in die Linea alba findet man dies wenig markiert, die Resti stehen fast zusammen. Geringe Blutung aus den Bauchdecken. Bei Eröffnung des Peritoneums drängen sich sofort Därme heraus, die dann mit einem Schwamm zurückgehalten werden. Zunächst wird das linke Ovarium herausgeholt, das nur wenig in Adhæsionen eingebettet ist, die sich ohne Blutung lösen lassen. Nach der üblichen Weise wird es abgebrannt. Die Herausnahme des rechten Ovars war viel

schwieriger, weil es vollständig adhärent war. Nur dadurch, dass der Uterus von der Vagina aus den Uterus in die Höhe hob, gelang es, zu dem Ovar zu gelangen. Bei der Lösung der sehr derben Adhæsionen trat eine ziemlich starke Blutung auf, daher wurde die Unterbindung und Abbrennung des Ovars rasch vollendet, worauf die Blutung etwas stand, Toilette des Peritoneums. Bauchnaht in der gewöhnlichen Weise mit Silber und Seide.

29. Sept. Nach der Operation klagt Patientin über heftige Bauchschmerzen, sie sieht sehr blass aus, Puls gut. Abends lässt sie spontan Urin, Temperatur 37,6.

Darauf 2 Stunden tiefer Schlaf.

30. Sept. Patientin hat bessere Farbe, Bauchschmerzen haben nachgelassen. Temperatur Abends 38,0.

5. Oct. Bis jetzt ging die Heilung normal von Statten, heute hatte Patientin heftige Krämpfe im Leib, unter deren Einfluss ein grosses Blutgerinnsel aus der Vagina abgeht.

6. Oct. Es gehen wieder einige Blutgerinnsel aus der Vagina ab, darauf Ausspülung. Erster Verbandwechsel. Keine Eiterung, nur am untern Rande eine Rötung. Temperatur Abends 38,1.

10. Oct. Herausnahme der Silberdrähte. An den vorhergehenden Tagen gingen mehrmals grosse Blutgerinnsel aus der Vagina ab.

12. Oct. Abgang eines grossen Blutgerinnsels unter Schmerzen. Temperatur 36,5.

14. Oct. Patientin steht auf, sie bekommt keinen Schwächeanfall oder Schmerzen.

16. Oct. Bauchwunde ganz geheilt. Das Fibroid ist bedeutend kleiner geworden, es steht jetzt nur noch zwei Querfinger über der Symphyse.

Die Seitenpartien des Uterus sind völlig frei. Patientin wird entlassen.

VI.

Frl. F., 36 Jahre alt aus L. Nr. 30 des gyn. Buches.

Diagnose: Incarceriertes Myom der hinteren Uteruswand.

Status 20. I. 85: Sehr fette Bauchdecken.

Hymen durch mehrmalige Untersuchungen defect.

Am Rectum liegt eine derbe, elastische Geschwulst, fest im Becken eingekeilt. Ein ungemein schmaler Uterus geht bogenförmig nach rechts über den Tumor hinweg und endigt scheinbar 3 Querfinger unter dem Nabel zu gleicher Zeit mit dem Tumor. Mit der linken pars cervix liegt der Uterus auf dem Tumor, die rechte pars cervix ist frei und man fühlt deutlich strangartige Abgänge. Harnblase fest an der Symphyse mit lang ausgezogenen Seitenzipfeln 3 Querfinger über der Symphyse.

24. I. Operation: Dicke Bauchdecken, geringe Blutung. Man versucht das im Douglas sitzende Myom durch Druck und Zug aus dem kleinen Becken herauszubringen, dies gelingt nicht und man schreitet zur Castration. Diese gelingt ohne besondere Schwierigkeit.

1. II. Bis jetzt guter Verlauf. Die Patientin blieb noch über 2 Menstrualperioden in der Klinik. Während derselben traten jedesmal dieselben Erscheinungen auf wie vor der Castration. Die Patientin empfand nervöse Aufregung, abwechselndes Hitze- und Kältegefühl, Herzklopfen. Eine Blutung stellte sich aber nicht mehr ein. Im übrigen war der Verlauf ein guter. Bei der Entlassung war das Fibroid entschieden geschrumpft. Blasenbeschwerden entstanden nicht mehr und der Stuhlgang war in Ordnung.

VII.

1886. — L. M., 26 Jahre alt, Ehefr. Heimath B. bei D.

7. V. Anamnese: Patientin hat nie eine acute Krankheit durchgemacht. Im 13. Jahre wurde sie zum ersten Male menstruiert. Die Menstruation kam regelmässig alle 4 Wochen bis zum 22. Jahre. Es traten dann Menstrualstörungen auf. Die Menses traten alle 3 Wochen auf, dauerten 4 bis 6 Tage und waren verbunden mit krampfartigen Schmerzen im Unterleib und im Kreuz. Das Uebel verschlimmerte sich, als die Patientin anno 1883 geheirathet hatte. Die Menses dauerten jetzt 8 Tage, wurden immer profuser und schmerzhafter. Anfang 84 begann der Leib anzuschwellen. Patientin hielt sich für gravid. Sie bekam indess immerfort profuse Blutungen, und auch in der Zwischenzeit der Menses traten Blutungen

auf, so dass die Patientin nach und nach ganz herunterkam. Der Arzt gab ihr blutstillende Tropfen, danach hörte die intermensuelle Blutung einige Zeit auf, begann aber Anfang 1885 von neuem.

Der Bauch nahm von da ab immer an Umfang zu und die Menstruationsstörungen bestanden in der geschilderten Weise fort bis zur Aufnahme in die Klinik. Doch will die Patientin seit etwa 6 Monaten ein Nachlassen in der Blutung bemerkt haben. Auch ihr Appetit ist besser geworden und sie fühlt sich im Vergleich zu ihrem früheren Zustand ziemlich wohl. Störungen von Seiten des Mastdarms und der Blase bestanden nie. Seit etwa 2 Jahren ist die Patientin constant in deprimierter Stimmung.

8. V. 86. Status praesens: Mittelgrosse Person, von kräftigem Knochenbau, mit voluminöser aber schlaffer Musculatur und mässigem Fettpolster. Das Gesicht und die Schleimhäute sind blass. Die Zunge ist nicht belegt. Puls und Temperatur sind normal. An der Herzbasis hört man ein systolisches Geräusch. Milz deutlich vergrössert.

Aus der Vagina fliesst tropfenweise flüssiges dunkelrotes Blut. Ein derber rundlicher Tumor füllt die regio hypogastrica bis 6 cm über der Nabelhöhle aus. Der grösste Teil des Tumors liegt links von der Mittellinie. Die Bauchdecken sind ziemlich voluminös und straff. Die untere Nabelfalte ist verstrichen.

Bei combinirter Untersuchung findet man, dass der Tumor aus der linken Seite des Uterus hervorgeht. Der Muttermund ist eng. Rechts ist die Portio verdickt, links geht sie direct in den Tumor über. Rechts kann man einen Teil des Uteruskörpers, derselbe ist doppelt so gross wie normal, fühlen. An dem grossen Tumor ist mit einem Stiel ein anderer befestigt. Auf beiden Seiten ist das Lig. rotundum fühlbar.

Im Harn nichts Abnormes.

13. V. Therapie: Hydrastis canadensis 3 mal täglich 20 gtt. Subcutan 3 mal täglich Ergotin.

Die Blutung sistiert seit 3 Tagen.

16.—18. V. Menses. Die Patientin sagt aus, sie habe seit 3 Jahren auch keine nur annähernd so leichte Menstruation gehabt.

19. V. Bei der Untersuchung des Blutes fand sich ein

leichter Grad von Leucocythose. Die Milz ist heute kaum vergrössert.

22.—23. V. Starke Blutung, nur flüssiges Blut, die Schmerzen sind gering.

26. V. Die Blutung hat aufgehört.

30. V. Die Patientin wird jeden Tag electrisiert.

17. VI. Am Tumor ist trotz 3wöchentlicher Galvanisation keine Verminderung wahrzunehmen.

18. VI. Menses. Bedeutend profuser wie das letzte Mal, mit starken Schmerzen im Unterleib und Kreuz.

26. VI. Die Patientin sieht sehr blass und elend aus, man beschliesst die Castration.

7. VII. 86. Castration: Vorbereitung wie gewöhnlich. Schnitt in der linea alba vom Nabel bis 1 Querfinger breit, oberhalb der Haargrenze. Die Bauchdecken sind fettreich und bluten ungemein stark. Das Blut ist dabei ganz wässerig und hell. Die Gefässe schwer zu fassen wegen ihrer Dünnwandigkeit. In der Nabelgegend ist die Blutung nur durch mehrfache Umstechung zu stillen. Es drängt sich der Gedanke an Hæmophilie auf. Auch das im übrigen normale Peritoneum blutet stark. Die Blutstillung erfordert sehr viel Zeit.

Die Verhältnisse zeigen sich so, wie sie im Status angegeben sind. Das Myom ist sehr blutreich, in seinem untern Teil sieht man fingerdicke Venen. Links und rechts sitzen 2 kleine Myome, die man bei der Palpation für die Ovarien gehalten hatte. Die Ovarien liegen hinter dem Tumor, das linke kann nur mit Mühe hervorgeholt werden. Ganz abnorm grosse Gefässe, die dicht an den Hylus herantreten, werden vermieden und zunächst das Ovarium isoliert unterbunden, abgeschnitten und abgebrannt. Darauf auch die Tube. Das linke Ovarium ist voll von kleinen Cysten. Das rechte Ovar lässt sich leichter hervorholen.

Es ist um das 3fache vergrössert und ebenfalls cystisch degeneriert. Es wird unter Vermeidung der grossen Venen am Hylus abgetragen.

Darauf wird auch die Tube entfernt, abgebunden, abgebrannt. Die im Bauche vorhandene grössere Menge von Ascitesflüssigkeit wird mit Schwämmen aufgesaugt. Der Schluss der Bauchwunde mit Silberdraht und Seide wird mit besonderer Sorgfalt ausgeführt. Während der Verband angelegt

wird, fliesst schon kirschrotes Blut aus der Scheide, dasselbe ist sehr dünnflüssig.

Beim Erwachen bricht die Patientin einmal.

8. VII. 86. Die Patientin hat auf 0,001 Morph. sehr gut geschlafen. Sie fühlt sich ganz wohl. Immer noch Abgang grosser Quantitäten wässrigen Blutes aus der Scheide. Pat. nimmt Eis und Cognacwasser.

9. VII. 86. Patientin fühlt sich schwach. Der Blutabgang hat noch nicht nachgelassen. Beim Urinieren, das zum ersten Male spontan erfolgte, geht Blut aus der Vagina ab. Nachmittags Clystier mit 3 gr Secale als Decoct per rectum. Abends erbricht die Patientin, nachher Erleichterung.

10. VII. 86. Es geht immer noch Blut ab. Temp. 38,2. Kein Erbrechen. Der Leib ist weich.

13. VII. 86. Die Patientin hat Nachts 3 mal gebrochen, befindet sich aber relativ wohl. Der Leib ist normal. Auf einen Einlauf erfolgt ein breiiger Stuhl. Abends erbricht die Patientin noch einmal, immer die Milch, die sie geniesst.

16. VII. 86. Erster Verbandwechsel. Sämmtliche Nähte werden entfernt. Seit die Patientin feste Speisen nimmt, ist kein Erbrechen mehr erfolgt. Aus der Scheide geht nur noch wässeriges Sekret ab. Täglich zwei Ausspülungen.

22. VII. Der Tumor ist ungemein reduciert, seine obere Grenze reicht nur noch an den Nabel.

1. VIII. 86. Die Patientin wird auf dringenden Wunsch entlassen, trotzdem immer noch viel wässeriges Material abgeht. Der Tumor steht jetzt in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Ord. Hydrastis und täglich 2 Ausspülungen. Sie soll nach 4 Wochen wiederkommen.

1887. — 27. VII. Patientin hat von ihrer Entlassung bis Pfingsten gar nicht geblutet und sich gut erholt. Eine Abnahme ihres Leibumfanges bemerkte sie nicht.

Seit Pfingsten blutet sie wieder fast täglich. Am 16. VII. und 21. VII. je eine starke Blutung und Abgang grosser Klumpen geronnenen Blutes unter wehenartigen Schmerzen.

Der Tumor ist wieder gewachsen. Seit Pfingsten besteht auch wieder weisser Ausfluss.

29. VII. Patientin fiebert nicht, hat keine Schmerzen. Sie verliert constant wässeriges Blut, aber wenig. Der Tumor ist wieder bedeutend in seiner Längsaxe gewachsen. Bei der

inneren Untersuchung findet man ein apfelgrosses Stück des Myoms in den 5 markstückgrossen Muttermund hineingeboren. Vorn und nach links ist der Rand des Muttermunds nicht fühlbar, hinten ist eine schmale Lippe zu fühlen und ein schmaler Spalt zwischen Lippe und Tumor.

Ord. Hydristis 3 mal täglich 20 gtt. Injection von Extract. Secalis cornuti aquosi 0,1 täglich tief in die nates.

6. VIII. Heute wird unter sehr heftigen Schmerzen, bei denen sich der Tumor fühlbar contrahiert, ein faustgrosser Klumpen geronnenen Blutes ausgestossen. Der in den Muttermund geborene Teil des Tumors hat sich $1^1/_2$ mal vergrössert wie am 29. VII. Nach einer heissen Inject. steht die Blutung.

12. VIII. Bisher hat Patientin nur vereinzelt und wenig geblutet.

Ord. Hydrastis. Das Secale musste fortgelassen werden, weil dadurch heftige Schmerzen entstanden.

19. VIII. 87. Unter heftigen Wehen mit begleitendem Erbrechen ist der Tumor bis auf 2 Zoll vom introitus vaginæ herabgerückt und hat dabei den ganzen ampullenartig aufgewölbten Cervix mit heruntergebracht. Der Muttermund ist handtellergross und scharfrandig. Heisse Fussspülung.

20. VIII. Häufige so heftige Wehen, dass die Patientin blau im Gesicht wird. Der Muttermund ist noch grösser als gestern. Ein grosser Fetzen, der unter mässiger Blutung ausgestossen wird, erweist sich mikroskopisch als Fibringerinnsel. Heisse Ausspülung mit Hydrastis.

21. VIII. Nachts wieder heftige Wehen und Blutung. Leider hat die Wärterin ohne Erlaubniss Morphium gegeben, so dass seitdem die ganze Austreibung in Stillstand geraten ist. Das Myom ist wieder zurückgegangen, der Cervix enger und länger geworden.

3. X. Bisher hatte Patientin keine Wehen mehr, heute beginnen sie schwach und mit mässigem Blutabgang.

9. X. Heftige Wehen. Starke Blutung. Der Muttermund wird weiter, man kommt an der hinteren Cervixwand ein Stück weit unter das Myom hinauf und glaubt über ihm bimanuelle eine horizontale Einziehung zu fühlen, die den Uterus in ein kleineres oberes und in $^2/_3$ unteren Abschnitt teilt. Heisse Ausspülung.

10. X. Die Enucleation wird beschlossen.

13. X. Mässiger Schleim und Blutabgang. Keine starken Wehen mehr.

17. X. Narkose. Es gelingt nicht, über das Myom hinaufzukommen. Der Cervix ist wieder länger geworden. Vorderhand muss von der Enucleation Abstand genommen werden.

24. X. 87. Patientin wird ungeduldig und will nach Hause. Entlassen.

1888. — 17. II. Wiederaufnahme.

Seit der Entlassung hatte die Patientin 3mal in Zwischenräumen von 4—6 Wochen wehenartige Schmerzen mit reichlichem Blutverlust, die Schmerzen dauerten 4—5 Tage und waren unausstehlich.

Status praesens: Patientin hat sich körperlich ziemlich erholt, aber sie ist sehr deprimierter Stimmung. Die Beine sehr stark ödematös. Der Tumor reicht bis in das Epigastrium, ist 30 cm lang, sehr hart. In der Scheide ragt er entschieden tiefer als früher und ist praller.

Die früher constatierte horizontale Furche über der Symphyse besteht noch.

18. II. Patientin hat sehr heftige wehenartige Schmerzen, wobei sie Blut verliert.

22. II. Die Schmerzen haben aufgehört, Patientin fühlt sich wohler.

25. II. Operation in Narcose. Da man bei der Nullipara von der Vagina aus dem Tumor schwer beikommen kann, muss der Damm gespalten werden und zwar central. Dabei entsteht eine sehr reichliche Blutung aus Gefässen aller Art etc. Kleinfingerdicke Venen, die bläulich Durchschimmern, müssen umstochen werden. Die parenchymatöse Blutung ist nur mit Compressen und Schwämmen im Grossen und Ganzen zu stillen. Infolge der Blutung wird die Patientin blass, der Puls wird kleiner. Das Blut war von Anfang an sehr hell. Die Möglichkeit die Operation radical zu vollenden, scheint bei der hamoraghischen Diathex nicht vorhanden zu sein, und da bei einer Incision in den Schleimhautüberzug der Tumorkappe die ganze Vagina augenblicklich mit Blut überschwemmt ist, so bleibt nichts übrig, als die Incision möglichst schnell zu schliessen mit Suturen. Der Damm wird möglichst schnell mit Silberdraht geschlossen und ein Tampon in die Scheide gelegt.

26. II. Patientin hat sich nur langsam wieder erwärmt. Keine Nachblutung. Sie klagt über Kopfweh. Nausea. Die Genitalien sind stark œdematös. Reichlicher Abgang von gelblichem, wässerigem Material aus der Scheide.

3. III. 88. Entfernung sämmtlicher Nähte. Der Damm und die Genitalien sind völlig abgeschwollen. Die Patientin fühlt sich wohler.

8. III. 88. An der Schnittwunde in der Vagina ist eine Gewebsnekrose eingetreten. Patientin hat keine Schmerzen mehr. Ebenso hat das Oedem der Beine abgenommen.

7. III. Temp. 38°, abends 39°. Die Dammwunde reinigt sich.

11. III. Patientin steht auf. Der Damm ist geheilt. Die Oedeme sind fast völlig verschwunden.

14. III. 88. Auf Wunsch entlassen.

VIII.

1886. — Fr. Ph. W., 43 Jahre, Wwe. K.

13. VII. Die Familienanamnese ist ohne Belang.

Patientin war immer gesund, nie chlorotisch. Menstruirt wurde sie mit 16 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen 3—4 Tage lang, ziemlich profus und schmerzlos, mitunter Abgang von Stücken. Mit 22 Jahren verheiratete sich die Patientin und hatte 3 normale spontane Geburten. Vor einigen Jahren musste die Patientin über den Magen klagen, ebenso hatte sie Husten und Blutspeien.

Bereits vor einigen Jahren bemerkte die Patientin ein Zucken im Leibe, wie von einer Gravidität, doch hatte sie keine Schmerzen dabei. Die Menses waren etwas reichlicher, aber ohne Beschwerden.

Seit dem letzten Winter hatte sie Beschwerden beim Urinieren vor den Menses. Seit 4 Tagen herrscht vollständige Ischurie, so dass sich die Patientin 3 mal täglich vom Arzt katheterisieren lassen musste. Der Stuhlgang ist seit Jahren verstopft. Seit letzten Winter hat die Patientin ein allmähliches Anschwellen ihres Leibes bemerkt.

13. VII. 86. Status præsens. Grosse, kräftige, gut genährte Person, Haut und Schleimhaut gut inpiciert. Tem-

peratur und Puls normal. Die Athmung ist nicht behindert. Perkutorisch ist über den Lungen nichts Abnormes nachzuweisen. Bei der Auscultation hört man im rechten Oberlappen spärliche, trockene Rasselgeräusche und an der rechten Spitze ein Pfeifen bei der Expiration. Die linke Lunge ist normal. Herztöne rein, Spitzenstoss an normaler Stelle. Bauchdecken sind schlaff, fettreich. Ueber der Symphyse ist Druckempfindlichkeit. Der Bauch der Patientin ist in den unteren Partieen aufgetrieben und man fühlt einen prallen, etwas fluctuirenden Tumor, der bis an den Nabel reicht und nicht breiter als eine Manneshand in der Medianlinie verläuft.

Innere Untersuchung. Der Uterus liegt nach rechts seitlich und etwas nach hinten. Er ist vergrössert. Die Parametrien sind frei. Das rechte Ovarium ist fühlbar, das linke nicht. Der durch die Bauchdecken palpierbare Tumor liegt zum Teil im linken Ligam latum, zum Teil verengert er den Douglas. Er fühlt sich prall und undeutlich fluctuirend an. Er ist nicht besonders schmerzhaft. Die Blase reicht etwas hoch hinauf. Die Patientin kommt hauptsächlich der Blasenbeschwerden wegen in die Klinik.

Der katherisierte Harn ist klar, ohne Eiweiss noch Zucker.

Die Diagnose schwankt zwischen intraligamentärem Tumor und Myom.

23. VII. Die Regel ist von 19. VII.—22. VII. ziemlich profus verlaufen.

Die Diagnose eines intraligamentären Myoms scheint gesichert.

31. VII. Operation. Schlechte Narkose. Schnitt in der Linea alba vom Nabel abwärts bis zwei Querfingerbreit über der Symphyse. Wenig blutende Bauchdecken. Normales Peritoneum. Es wird eröffnet und fixiert.

Die Blase reicht mit einem Divertikel ungemein in die Höhe.

Der Uterus ist kleiner wie im Status angegeben. Ebenso ist der Tumor kleiner als angenommen und ragt mit seiner Kuppe nur ein Querfingerbreit in den unteren Schnittwinkel. Offenbar war vor der Menstruation eine starke Schwellung vorhanden gewesen. Der Tumor erweisst sich als ein linkseitiges, überall verwachsenes, intraligamentäres Myom.

Das linke Ovarium ist bis auf kaum erkennbare Reste

zusammengedrückt und in Adhäsionen verborgen. Das rechte Ovarium liegt am normalen Ort und ist sehr fest mit der Umgebung verwachsen. Es wird hervorgeholt, mühsam abgelöst, und da man den Tumor unmöglich entfernen kann, seinerseits exstirpiert. Die intaste Tube wird belassen. Unterbindung des Hilus, Abtragung und Verkohlung.

Während der ganzen Operation hat die Patientin nicht geblutet. Genaue Toilette des reichlich absondernden Peritoneums. Schluss der Wunde mit Silberdraht und Seide. Verband mit Thymolgaze.

19. VII. 86. Die Wunde ist per primam intentionem geheilt. Der Tumor ist erheblich geschrumpft, sämmtliche Beschwerden sind völlig geschwunden. Geheilt entlassen.

13. VII. 89. Patientin ist wieder gekommen.

Gleich nach ihrer Entlassung stellten sich Schmerzen vor der Regel ein, die alle 24 Tage eintrat und ca. 7 Tage anhielt und mit zweitägigem weissen Fluss endete. In der Zwischenzeit fühlte sich die Patientin wohl, doch sie nahm ein stetiges Wachsen ihres Leibes wahr, freilich in ganz allmähliger Weise. Seit dem Frühjahr 1889 nahmen die Schmerzen vor der Regel und der Tumor unverhältnissmässig zu. Seit den letzten 3 Jahren hat die Patientin kein Blut mehr gespieen, und ein taubeneigrosser Strumaknoten am Hals, der im Beginn des Leidens entstanden ist u. nach der Operation kleiner geworden war, ist stationär geblieben. Halsumfang 36 cm.

23. VII. Patientin hat ihre Regel durchgemacht 4 Tage dauernd und ungemein schmerzhaft mit Abgang grosser Coagula. Auf Secale stand die Blutung. Halsumfang 33,5 cm.

25. VII. Untersuchung in Narkose. Der Uterus ist stark in die Höhe gezogen, bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Der linke Blasenzipfel ist mit dem Tumor verwachsen. Median und nach links dehnt sich der Tumor bis zum unteren Rippenbogen aus und ist in direktem Zusammenhag mit dem Uterus.

28. VII. Auskratzung des Uterus. Die Auskratzung schafft wenig Schleimhautstücke, sondern fast nur Blutcoagula zu Tage. Die vorher heftigen Schmerzen werden jetzt erträglich.

5. VIII. Patientin ist durch die constanten Blutverluste

und Schmerzen sehr heruntergekommen. Es wird mit der Electrisierung begonnen, nachdem sie sich etwas erholt hat.

Es wird dazu der Hirschmann'sche Apparat benützt. 50 Milliam père.

26. VIII. Patientin verträgt das Electrisieren gut. Das subjective Empfinden gebessert.

28. VIII. Ziemlich profuse Menses ohne Schmerzen.

18. IX. 89. Patientin ist bisher 2 mal wöchentlich electrisiert worden 5 bis 10 Minuten mit 100 Milliam père.

Sie befindet sich wohl und wird auf Wunsch entlassen.

Eine Abnahme des Tumors ist nicht zu konstatieren.

19. XI. 89. Am Tage nach ihrer Heimkehr stellten sich die Menses sehr profus ein. Die Blutung dauerte einen ganzen Monat. Ord. Styptisa und heisse Vaginaldouchen.

Ausser der Regel hatte sie keine Schmerzen. Schlechter Appetit. Kein Husten.

23. XI. 89. Auskratzung des Uterus, die Innenfläche ist glatt. Leichte Blutung.

25. II. 90. Patientin hat im Ganzen 60 Sitzungen mit Electrisierung mitgemacht. Die Regel ist wenigstens so profus wie früher, der Tumor nicht kleiner geworden. Patientin wird auf Wunsch entlassen. Husten wiedergekehrt. Ord. Kal. bromat. Heisse Irrigation mit starkem Strahl und bei der Regel Extract. fluidum. Kohlmann pro die 6 Tropfen.

IX.

1888. — M. Ch., 36 Jahre alt, R. le Ch. (L.)

13. I. 88. Patientin hatte in ihrer Jugend eine Hydarthrose mit darauffolgender Ankylose des rechten Kniegelenks. Menstruirt wurde die Patientin mit 14 Jahren. Regeln normal. Seit 4 Jahren sind die Regeln etwas stärker geworden, ohne Schmerzen. Seit 6 Monaten werden sie immer stärker, dauern 10—12 Tage, es gehen Stücke ab. Schmerzen sind dabei nicht vorhanden. Nullipara.

Status. Mager, anämisch aussehende Person.

Oedeme sind nicht vorhanden. Puls klein aber regelmässig, am Halse hört man Nonnensausen.

Das Abdomen ist im unteren Teil aufgetrieben, durch den

myomatös anzufühlenden Uterus. Der Tumor ragt bis zum Nabel. Der Tumor ist glatt, mässig beweglich und nicht schmerzhaft. Die Anhänge sind nicht durchzufühlen. Ascites ist nicht vorhanden.

Das Hymen gestattet die Durchführung eines Fingers. Die Vagina ist lang und eng, die Portio klein, konisch. Die Parametrien und der Douglas sind durchaus frei und schmerzlos. Die Portio supravaginalis ist lang und schlank und geht direct in den Bauchtumor über.

Dieser stellt also den vergrösserten antevertierten Uterus dar.

Die Anhänge sind nicht zu fühlen. Ordin. Hydrastis.

20. I. Die Regel tritt ein, nicht sehr profus, mit Schmerzen im Kreuz.

31. I. Es geht nur noch wenig Blut ab.

Die Regel hat 11 Tage gedauert, war profus und schmerzhaft. Die Patientin ist sehr geschwächt. Die Castration erscheint indiciert.

8. II. 88. Operation. Schnitt in der Linea alba vom Nabel bis 3 Querfinger oberhalb der Symphyse. Bauchdecken bluten wenig. Das Peritoneum ist normal und enthält wenig liquor. Der Tumor ist ein kindskopfgrosses subseröses Myom. Die Anhänge liegen tief im Becken. Das linke Ovarium und die Tube werden mit einiger Mühe herausgeholt. Das Ovar enthält kleine Cysten. Unterbindung des Pavillons der Tuoe mit einer Ligatur. Nach der Abtragung wird der Stumpf versenkt. Wegen der straff gespannten Muskeln und einiger perioophoritischen Adhäsionen lässt sich das rechte Ovarium und die Tube hervorziehen. Es ist grösser als das linke und voll kirschenkerngrosser Cysten. Unterbindung und Abtragung.

Beide Ovarien sind total entfernt worden. Schluss und Verband.

Abends befindet sich die Patientin gut. Kein Erbrechen.

9. II. 88. Patientin hat auf 0,01 Morphium mehrere Stunden gut geschlafen. Sie lobt sehr ihren Zustand. Der Urin geht spontan ab und ist klar. Um 8 Uhr wurde die Patientin plötzlich Dyspnoisch, bedeckte sich mit kaltem Schweiss und starb nach wenigen Minuten.

Section (Prof. v. Recklinghausen): Bauchwunde bereits gut verklebt. Der Bauch nicht aufgetrieben. Der Uterus

ragt 2 Querfinger unter dem Nabel. Die Dünndärme sind eng und blass. In der rötlichen Flüssigkeit sind nur wenig Gerinnsel. Der Uterus glatt, fundus abgerundet; die Lig. rotunda sind schlaff. Ovarien und Tuben entfernt. Stümpfe gut unterbunden. Im rechten Stumpf ein stark geschlängeltes Gefäss mit Thrombusmasse gefüllt. — Herz sehr klein, rechts schlaff, links zusammengezogen, Blut vollkommen Dünnflüssig gar kein Gerinnsel darin. In der Pulmonalarterie völlig flüssiges Blut. Aus den Pulmonalvenen entleert sich auffallend hell gefärbtes Blut. In beiden Pulmonalästen sitzen feste aber dunkelrote und feuchte Gerinnsel; herzwärts sind dieselben gewendet, ragen aber nicht vor bis zu der Bifuration. — Als Hals und Brustorgane zusammen herausgenommen werden, fällt aus den Gefässen trotz aller Vorsicht ein Gerinnsel heraus 12 mm lang 7 mm breit. An dem Gerinnsel einige kurze Stümpfe, an den Klappen nichts. Die Gerinnsel in den Pulmonalarterien haften keineswegs fest. Die Gerinnsel gehen bis in die Aeste zweiter Ordnung. Aus einem etwas feineren Ast kommt noch ein ziemlich langer, sehr brüchiger Gerinnselzapfen heraus. Auch an dem Hauptast des unteren Lappens liegen solche cylindrische Gerinnsel, die sich bis in die Arterienäste zweiter Ordnung verzweigen.

An der Pulmonalarterienwandung ist keine Veränderung wahrzunehmen. Tod durch Embolie.

X.

1889. — L. Br., 34 Jahre, aus L.

22. I. Die Patientin war, abgesehen von Chlorose, nie krank. In ihrem 14. Jahre wurde sie menstruirt, schwach, mit 4—5tägiger Dauer, unregelmässig in Zwischenräumen von 2 bis 5 Wochen. Während der Blutung bestanden Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Letzte Regel vor 14 Tagen. Seit 3 Monaten bestehen dauernde Schmerzen im Kreuz und Unterleib, die bei jeder Bewegung unausstehlich werden.

Status: Kleine, heruntergekommene, magere Patientin, die entschieden leidet, aber ihre Klagen übertreibt und damit einen leicht hystorischen Eindruck macht. Temperatur ist normal. Der Puls ist sehr klein, aber regelmässig 80. Mässige

Anæmie ist vorhanden, keine Oedeme. Die Patientin klagt über Schmerzen im rechten Unterleib und über Atemnot. Inspection, Auscultation, Percussion ergeben nichts Besonderes. Das Abdomen ist vom Nabel ab etwa wie im vierten Monat der Schwangerschaft aufgetrieben, rechts etwas mehr wie links, Die Bauchdecken sind mässig fettreich, überall in grossen Falten aufzuheben Milz und Leber sind normal. In der rechten Regio iliaca fühlt man einen faustgrossen, sehr harten, höckerigen, sehr beweglichen Tumor, der bis in die Höhe des oben kappenförmig gestalteten Nabels reicht und den Sitz der Schmerzen darstellt. Stuhl hart, Urin normal und spontan.

Untersuchung in Narkose: Die Portio ist stark konisch, virginal und aufgelockert. Die Portio supra vaginalis ist ziemlich lang und geht nach links in einen doppeltfaustgrossen, etwas weichen Tumor über. Er ist mit der Portio zusammen beweglich. Anhänge sind an ihm nicht zu constatieren. Auf dem nach hinten verlagerten Uterus sitzt ein 2. Tumor hart auf. Die Sondierung der Uterushöhle erweist dieselbe als ziemlich lang und weit.

13. II. Operation. Schlechte Narcose, Schnitt in der linea alba vom Nabel bis zur Haargrenze. Die Bauchdecken sind ziemlich fettreich und bluten wenig. Die Muskeln sind dick und straff. Das Peritoneum ist sehr zart, enthält jedoch keine Ascitesflüssigkeit. Der kaum faustgrosse, rechtsseitige bewegliche Tumor sitzt dem retroflectierten Uterus viel fester an, als man angenommen hatte. Der Stiel ist sehr derb und ebenso wie der Tumor myomatös.

An der Basis des Stiels sind sehr stark dilatierte Venen zu sehen. Der Stiel wird doppelt unterbnnden, und da er sich lockert beim Auslösen des Myoms, wird er nochmals unterbunden. Der Stumpf wird verkohlt und versenkt. Der grössere Tumor sitzt grösstenteils vor dem Uterus und ist ein festes, im linken Ligamentum latum etwickeltes unbewegliches Myom. Wegen der schlechten Narkose, die jedes Arbeiten im Becken unmöglich macht, wird von der Ausschälung Abstand genommen und die Castration mit Entfernung beider Tuben ausgeführt. die auch ihrerseits nur mit Mühe ausgeführt wird. Blutung war nicht vorhanden. Die Stümpfe werden verkohlt und versenkt.

Schluss der Bauchwunde und Verband.

13. II., Nachmittags 4 Uhr. Die Patientin hat mehrmals erbrochen, der Puls ist kräftig, Urin per Catheter ist klar.

14. II. Patientin hat noch mehrmals erbrochen, aber auf Morphium 0,01 etwas geschlafen. Urin spontan. Keinerlei Klagen.

19. II. Auf einen Einlauf erfolgte copiöser Stuhl. Patientin befindet sich gut.

28. II. Heute genau 4 Wochen nach der letzten Regel bekommt Patientin starke Congestionen nach dem Kopf, ziehende Schmerzen in den Leib und allgemeine Uebelkeit. Temp. 38,0. Auf 6 gtt. Tinct. Opie tritt Besserung ein. Keinerlei Blutung.

2. III. Die Patientin steht auf.

9. III. 89. Sehr gutes Befinden, keinerlei Klagen. Das intraligamentäre Myom ist nicht kleiner geworden. Sie wird als geheilt entlassen und gebraucht Hydrastis.

XI.

1889. — Fr. A. E., 49 Jahre, Str.

30. VII. Die Familien-Anamnese ist ohne Belang. Die Patientin hat in ihrem 18. Jahre eine Lungenentzündung mit Leibentzündung durchgemacht. Sonst war sie nie krank. Mit vierzehn Jahren bekam sie zum ersten Male ihre Regel. Dieselbe war regelmässig, nicht übermässig stark. Mit 18 Jahren gebar sie zum ersten und einzigen Mal. Das Kind war nicht ausgetragen, aber lebensfähig. In den 20er Jahren wurden die Perioden schmerzhafter, jedoch ohne Fluor albus. Nach 9 Jahren stellten sich wieder normale Menses ein. Seit 2 Jahren tritt starker Fluor albus auf. Herbst 1886 wurde bei der Untersuchung ein kleiner Tumor am Uterus konstatiert. Derselbe wuchs langsam, aber stetig. Dabei hatte sie heftige Schmerzen, die aber auf Tropfen verschwanden.

Seit März wächst der Tumor sehr schnell. Seit einiger Zeit bekommt die Patientin öfter geschwollene Beine. Die Patientin klagt ferner über zuweilen sich einstellende, schmerzhafte Pulsionen in Herz und Magengegend. In den letzten Jahren sind diese Anfälle häufiger und angreifender geworden. Verstopfung besteht nicht. Urin kann die Patientin nur im Stehen lassen.

Status praesens: Grosse, schlanke Frau mit mässiger Anæmie und leichtem Oedem an den Knöcheln. Herz und Lungen sind normal; leichtes Struma. Das Abdomen ist aufgetrieben wie im letzten Monat der Schwangerschaft durch einen mehrknolligen, harten, aus dem Becken aufsteigenden Tumor. Der Nabel ist fast verstrichen. Fette Bauchdecken, kein Ascites. Milz und Leber sind von normaler Grösse. Der Tumor ragt mit unregelmässiger Kuppe 2 Querfinger über den Nabel. Seine Oberfläche ist glatt. Adhæsionen sind nicht vorhanden, auch keine Fluctuation.

6. VIII. Untersuchung in Narkose: Am Tumor unterscheidet man deutlich 2 Abschnitte. Die obere Abteilung ist apfelgross und stellt offenbar ein subseröses Myom vor; die Furche kennzeichnet den Furdus uteri, von dessen beiden Ecken man sehr deutlich die Anhänge fühlt. Mächtige subseröse Myome bilden die Hauptmasse des Tumors. Die Portio vaginalis ist hoch in die Höhe gezogen, die hintere Lippe geht vollständig in ein Myom auf, das den Douglas ausfüllt.

Die Sonde dringt 11 cm in die Uterushöhle vor. Der Fundus der Blase steht handbreit über der Symphyse.

13. VIII. Gestern ist die Regel eingetreten, profus aber ohne Schmerzen.

15. VIII. Die Regel ist im Verschwinden. Im Ganzen rechtfertigt der menstruelle Blutverlust allein die Operation nicht. Patientin wird electrisiert.

11. IX. 89. Der Leib ist noch dicker geworden und die Oedeme der Beine haben eher zu, als abgenommen.

14. IX. Heute wird noch einmal in Narkose untersucht. Es stellt sich heraus, dass der Fundus uteri nicht an der Furche, sondern am oberen Tumor liegt. Man fühlt hier deutlich Ligament und Ovarium sinistrum, das rechte Ovarium ist nur undeutlich fühlbar.

16. IX. Castration: Patientin wird mit dem Becken hochgelagert, ungestörte Narkose.

Bei der Eröffnung des Bauches zeigt sich, dass an eine totale Herausnahme des Tumors nicht zu denken ist. Hinter der Symphyse liegt eine über kindskopfgrosse, intraligamentäre Geschwulst, die sich nach hinten durch eine Furche getrennt in den fast kindskopfgrossen, myomatös degenerierten Uterus anschliesst. Die Bauchdecken mussten bis über den

Nabel hinaus gespalten werden, um sich die Ovarien zugänglich zu machen. Sie werden beide in ihrer Basis unterbunden, abgeschnitten und abgebrannt. Darauf Schluss der Bauchwunde. Nachdem die Patientin eine Stunde geruht hatte, erwacht sie mit lautenKlagen über Schmerzen im Unterleib. Der Leib ist kolossal gespannt, auf Druck nicht empfindlich.

Ord. Opium und Eisblase. Später 0,005 Morphium.

18. IX. Auf die Eisblase hat die Spannung des Leibes bedeutend nachgelassen. Es hat sich starker Blutabgang aus der Scheide eingestellt.

24. IX. Patientin hat heute ganz plötzlich ohne Frost 39,1 Temperatur. Der Verband wird gelüftet und die Wunde intact befunden.

25. IX. Heute Herausnahme der Drähte, zwei derselben sind geplatzt, die Wunde ist jedoch gut geheilt.

27. IX. Patientin blutet plötzlich aus der Wunde. Es findet sich dort, wo die Drähte geplatzt waren, an der Stelle der grössten Spannung eine kleine Fistel, die in einem Gang unter die Haut führt. Derselbe wird gespalten und die Wundhöhle ausgestopft.

5. X. Die offen gebliebene Stelle der Wunde granuliert von beiden Seiten her zu.

7. X. Die Patientin bekommt eine Pleuritis dextra mit Pneumonie.

11. X. 89. Der Tumor hat abgenommen, die Bauchwunde ist fast ganz verheilt. Trockener Verband. Der Husten hat abgenommen.

22. X. Patientin steht auf, die Pleuritis ist verschwunden. Die Kranke bemerkt das Abnehmen des Tumors selbst.

23. X. Entlassung.

10. XII. Wiederaufnahme. Sie klagt, dass sie zu lange auf den Urin warten müsse und überhaupt zu wenig Urin lasse. Die Katheterisation der Blase ergiebt keine Ueberfülluug derselben. Der Tumor ist nicht gewachsen.

Ord. Spec. diureticæ: Blatta orientalis 0,1 3mal täglich.

17. XII. 89. Entlassung. Nur noch Klagen über Schmerzen in der Seite.

2. II. 92. Wiederaufnahme. Seit der Operation befand sich die Patientin wohl. Seit Mitte Januar hat sie Schmerzen in der linken Seite des Unterleibs. Das Abdomen ist stark

gewölbt und auf der linken Seite schmerzhaft. Der Tumor reicht nicht ganz zum Nabel. Am linken Oberschenkel befindet sich eine schmerzhafte Geschwulst. Die Vagina ist sehr eng und überall von Tumoren umschlossen.

10. II. Die Kranke wurde täglich mit Ichthyolsalbe eingerieben, worauf die Schmerzen schwanden.

Entlassen.

2. III. Wiederaufnahme. Am 26. II. entstand eine Blase in der Laparotomienarbe, die in der Nacht 28/29 aufging. Seither entleert sich übelriechender Eiter aus der Fistel.

Die Sondierung ist nicht schmerzhaft und entleert wenig Eiter. Holzwolleverband.

9. III. Heute wird ohne Narcose eine Uterussonde in die Fistel eingeführt und nach antiseptischer Reinigung der Haut auf dem Knopf der Sonde eingeschnitten und die Incision stumpf erweitert. Es entleert sich eine reichliche Menge furchtbar stinkenden Eiters mit zerfallenen Fetzen untermischt. Eine ganz kolossale Menge Eiter entleert sich aber, wie auf die rechte Seite des Abdomens gedrückt wird.

Thymolausspülung. Drainrohr. Holzwolleverband.

15. III. Patientin hat 38,3 bei schlechtem, unregelmässigem Puls. Verbandwechsel. Thymolausspülung; es entleert sich wieder viel Eiter.

Ungenügende Nahrungsaufnahme.

18. III. Patientin klagt über Atemnot und Schmerzen in der Nase. Die Untersuchung ergiebt eine Schwellung der linken unteren Muschel. Bald nach der Untersuchung wird Patientin ganz blass, am ganzen Körper kalt und bedeckt sich mit kaltem Schweiss. Es werden ihr Analeptica gegeben und der Kopf tiefgelagert. Nach einiger Zeit hebt sich der Puls wieder.

19. III. Besseres Befinden. Temperatur und Puls sind normal. Patientin zeigt heute eine hysterische Parese der 3 ulnaren Finger der linken Hand.

Beim Verbandwechsel wird ziemlich viel Eiter ausgedrückt.

27. III. Patientin klagt über Schmerzen im Leib. Abends Temp. 38,0.

28. III. Verbandwechsel. Die Fistelgänge sind alle verklebt, jedoch dringt die Hohlsonde mit Leichtigkeit nach unten

vor. Auf Druck entleeren sich 200 gr stinkenden Eiters. Eine Contraincision wird gemacht, drainiert, ausgespült. Jodoformgazeverband. Hysterische Erscheinungen dauern fort.

30. III. Verbandwechsel. Es entleert sich nur wenig Eiter. In die Eiterhöhle werden 100 ccm Jodoformglycerin eingegossen, die zum Teil aus der Contraincision wieder abfliessen. Parese der Finger, Singultus.

5. IV. Verband immer noch etwas feucht. Die Fistelöffnungen sind für die Sonde eben noch zugängig, es entleert sich aber kein Eiter mehr aus denselben, sondern nur ganz wenig seröse Flüssigkeit.

20. IV. Die Wunde ist völlig geschlossen. Die Parese der Finger dauert noch an. Die Patientin wird entlassen, soll aber täglich zum Electrisieren in die Klinik kommen.

XII.

1890. — F. H., 45 Jahre, Ehefrau aus D. (L.)

3. VII. 90. Anamnese: Patientin war stets gesund. Seit 20 Jahren ist sie verheirathet. Im 3. Jahre ihrer Ehe litt sie an Cholelithiasis, dieselbe hat sich nicht wiederholt. Sie hatte 2 normale Geburten, die letzte vor 12 Jahren. Seit 6—7 Monaten bemerkt sie ein Anwachsen ihres Leibes. Sie hat nicht gerade Schmerzen aber das Gefühl der Völle im Leib und dadurch Behinderung der Arbeit. Mässiger Fluor albus. Seit 7 Jahren ist die Regel unregelmässig, alle 4, 6 bis 8 Wochen, einmal unterblieb sie 3 Monate. Seit einem Jahre erscheint sie alle 3 Wochen, dauert 10—12 Tage und soll sehr profus sein. Letzte Regel vor 3 Wochen, nach derselben musste Patientin aus Schwäche das Bett hüten. Keine Blasen- noch Stuhlbeschwerden, auch keine Oedeme vorhanden.

Status: Grosse, starkknochige, etwas magere Frau. Keine Oedeme, Puls regelmässig, weich, Temperatur normal. Leichtes Struma. Abdomen vorgetrieben wie im achten Monat der Gravidität, durch einen harten, glatten, wenig beweglichen Tumor von der Gestalt eines vergrösserten Uterus. Links neben dem Nabel fühlt man die Tube und ein ziemlich vergrössertes Ovarium, Ascites ist nicht vorhanden. Die konische

Portio geht in einen mächtigen, myomatösen Uterus über, Urin normal.

9. III. Die Regel tritt sehr profus ein, mit mächtigen, Coagulis und dauert bis zum 23. Castraction beschlossen.

27. III. Castration: Schnitt in der Linea alba bis 3 Querfinger über der Symphyse. Die Bauchdecken sind sehr muskulös und blutreich. Kein Ascites. Der dunkelrote Tumor ist der myomatöse Uterus, auf dem hier und da subseröse Myome sitzen. Die Adnexa sinistra liegen nahe an der Linea alba. Das Ovar ist ungewöhnlich gross, glatt aber normal. Die Tube ist gewunden, hyperämisch, mit mächtigen Venenplexus. Schnelle Entfernung von Tube und Ovarium ohne Zwischenfall. Die Stümpfe werden desinficiert und dann versenkt. Um zu den rechten Adnexen zu gelangen, muss der Tumor gedreht und ziemlich tief in's Becken eingegangen werden. Die Tuben zeigen noch stärkere Venenplexus wie links, das Ovarium ist normal. Beide werden isoliert entfernt, wobei die Venen stark bluten. Die Stichkanäle bluten so heftig, dass weder durch den Paquelin noch durch Umstechung die Blutung steht. Es werden jetzt seröse Nähte angelegt, die die Blutung zwar nicht ganz stillen, so doch unbedrohlich machen. Schluss der Wunde und Druckverband.

28. III. Symptome innerer Blutung sind nicht vorhanden. Der Puls ist kräftig.

30. III. Seit gestern blutet die Kranke aus den Genitalien, das Blut ist übel riechend.

3. IV. Die Blutung ist geringer, aber immer noch beträchtlich, kein übler Geruch mehr. Die Schmerzen sind verschwunden. Einlauf.

4. IV. Da kein Stuhl eintritt, Ol. Ricina.

9. IV. Deutliche nicht unerhebliche Volumabnahme des Myoms. Die Blutung ist sehr gering, wässerig. Seit gestern spontane Urinentleerung.

12. IV. Der Blutabgang, der fast verschwunden war, ist seit gestern wieder stärker geworden. Das rechte Bein ist stark geschwollen. Einwickelung und Hochlagerung desselben.

23. IV. Nur noch unbedeutender blutiger Abgang. Der Tumor überragt den oberen Symphysenrand nur noch um Handbreite und ist besonders in der Breitenrichtung geschrumpft. Ord. Extr. Hydrastis Canadensis 2 mal 20 gtt.

Entlassen.

XIII.

1890. — E. M., 45 Jahre, R. bei M. i. E.

23. VI. Die Familienanamnese ist ohne Belang. Die Pat. selbst war stets gesund, wurde mit 15 Jahren menstruiert, stets regelmässig, ohne Beschwerden, 3—4 Tage dauernd. Vor 2 Jahren machte die Patientin eine Darmentzündung durch. Seither hat sie Schmerzen in der linken Seite, die manchmal sehr heftig sind besonders zur Zeit der Regel. Seit der Zeit ist auch die Regel ganz unregelmässig manchmal bleibt sie 8 Wochen fort, um dann 3 Wochen ununterbrochen zu dauern, doch nie mit besonders starkem Blutverlust. Um Neujahr litt die Patientin an Influenza und seit der Zeit datiert die Zunahme der Schmerzen, besonders in den letzten Monaten, so dass ihr das Gehen unmöglich wurde. Seit 3 Monaten Zunahme des Leibumfangs.

Status præsens: Kleine kräftige Frau mit fahlgrauer Farbe (dieselbe rührt vom Fabrikstaub her). Mässige Anæmie, keine Oedeme. Sonst nichts abnormes.

Untersuchung in Narcose: Kein fluor albus. Uterus von normaler Grösse antedextroflectiert, beweglich. Links seitlich hinter ihm liegt ein Tumor von Apfelgrösse. Er zeigt härtere Stellen mit weicheren abwechselnd. Seine Verbindung mit dem Uterus ist hergestellt durch einen kurzen, starken Stiel.

Diagnose: Tumor ovarii vielleicht Dermoid.

2. VII. Operation. Gute Narkose. Schnitt in der Linea alba vom Nabel abwärts bis 2 Querfinger über der Symphyse. Bauchmuskeln straff mit viel Fettgewebe. Peritoneum zart, kein Ascites. Uterus antevertiert von seiner linken pars herestina geht gestielt, also genau wie ein Tumor ovarii sitzend, ein eigrosses subseröses Myom aus, welches durch eine derbe und breite Adhæsion so fest mit dem Douglas adhærent ist, dass ein hinaufziehen in den Schnitt unmöglich ist. Es wird daher die Castration ausgeführt. Die beiderseitigen, übrigens normalen Tuben und Ovarien herausgeholt, unterbunden, verkohlt, versenkt. Schluss der Wunde, Verband.

3. VII. Nachts hat die Patientin auf Morphium gut geschlafen, einmal hat sie gebrochen. Einlauf mit Glycerin.

5. VII. Ziemlich reichlicher Blutabgang aus der Scheide und breiiger Stuhl auf Laxantien.

11. VII. Entfernung sämmtlicher Nähte prima recinio.

18. VII. Feste gute Narbe. Patientin hat sich erholt und wird entlassen.

XIV.

1890. — J. D., 42 Jahre, R.

28. X. 90. Familienanamnese ohne Belang. Menstruiert mit 15 Jahren. Die Regel war ohne Schmerzen aber immer besonders stark. Nach einer Darmentzündung blieb die Regel 6 Monate aus. Seit dieser Zeit leidet die Patientin auch an Fluor albus. Die letzte Regel hatte sie vor 10 Tagen. Schon vor 7 Jahren bemerkte die Pat. eine faustgrosse Geschwulst im rechten Unterleib. Dieselbe nahm nicht zu und war auch nicht schmerzhaft, aber die Kranke wurde sehr nervös und erbrach häufig. In den letzten 4 Wochen hat die Geschwulst merklich zugenommen, und die Schmerzen ebenfalls.

Status: Grosse, kräftige Person mit gut injicierten Schleimhäuten. Der Puls ist so wie die Temperatur, Abends etwas gesteigert. Während der Untersuchung rötet sich die Haut der Brust crythematös. An den Unterschenkeln etwas Oedem, Leber und Milz, sowie sonstige Organe sind normal. Oberhalb der Symphyse ist der Leib aufgetrieben und sehr empfindlich. Man fühlt daselbst einen runden, harten Tumor, dessen Grenze 2 Fingerbreit unter dem Nabel liegt. Die innere Untersuchung ergiebt eine erweichte, gewulstete Portio vaginalis, die elevirt und anteponiert ist.

Der Uterus ist normal gross und in toto anteponiert. Der Fundus ist deutlich oberhalb der Symphyse fühlbar. Oberhalb desselben vom Corpus abgehend liegt der von aussen fühlbare Tumor. Links ebenfalls vom Uterus ausgehend ist ein kleinerer kaum faustgrosser Tumor von derselben harten Consistenz zu fühlen. Ein dritter weicherer Tumor liegt im Douglas und drängt den Uterus nach vorn. Die Pat. kam in die Klinik, weil sie nur mit grossen Schmerzen gehen kann. Die Schmerzen über der Symphyse sind beständig aber mit acuten Exacerbationen, dabei ist sie sehr nervös und empfindlich.

Therapie: Kali bromati 2 mal täglich 2,0. Morgens

kalte Abwaschungen, Galvanisation des Rückens und des Unterleibs. Tinctura Jodi. Die Operation soll nur bei dringender Indication gemacht werden.

Nachdem die eingeschlagene Therapie während 2 Monaten ohne jeden Erfolg gehandhabt war, wurde beschlossen die Laparotomie zu machen.

20. XII. 90. Operation: Schwierige Narkose. Schnitt in der Linea alba vom Nabel abwärts. Sehr blutreiche Bauchdecken. Die sehr kräftigen Recti liegen direct aneinander. Nach Eröffnung des Peritoneums drücken sich die Därme stark vor. Durch Eingehen mit der Hand wird mit leichter Mühe das Ovar aus der Tiefe geholt, mit zwei Fäden unterbunden und versorgt. Das Auffinden des rechten Ovars ist sehr schwierig. Die Recti sind so straff, das man nur mit Mühe in die Tiefe des Beckens gelangen kann, ausserdem ist der Fundus Uteri schwer zu finden und das ganze Becken mit Myomen durchsetzt. Endlich nach langem Suchen gelingt es, das rechte Ovar herauszubekommen. Dasselbe wird mit einer Ovarialzange gehalten und mit der verdrehten Tube unterbunden und versorgt. Mit grosser Mühe werden die vorfallenden Därme zurückgeschoben, die Bauchschwämme entfernt und die Naht angelegt, wobei die Därme sich zwischen die Nähte drängen. Mühsamer Schluss der Bauchwunde und Verband.

21. XII. 90. Gutes Befinden. Puls langsam, aber normal.

26. XII. 90. Seit 2 Tagen wird der Magen der Patientin ausgespült, da sie gar nichts verträgt. Dabei ist Fieber 39,0 und erhöhter Puls 120. Beim Entfernen des Verbandes bemerkt man, dass zwei Drähte zerrissen sind. Die Wundränder sind gerötet und bei Entfernung einiger Seitennähte entleert sich etwas Eiter. Abends werden auf Clystier dünne Stuhlmassen entleert und es gehen reichliche Flatus ab. Spät am Abend tritt auf Recinusöl eine sehr lebhafte Peristaltik ein und plötzlich wird der Verband ganz nass. Beim Eröffnen zeigt sich, dass die Bauchwunde auf etwa 3 ctm aufgegangen ist und aus derselben ein kleines Stück Dünndarm sich vorwölbt, dasselbe hat keine Auflagerung. Druck auf die Unterbauchgegend bewirkt das Antreten von wenig blutigeitriger Flüssigkeit ohne üblen Geruch. Nachdem die Patientin durch Zureden und Streichen der Lider künstlich eingeschläfert

war, werden die Wundränder gut gereinigt, ein Sublimatschwamm eingelegt und oben und unten mit dem Finger eingegangen um eventuelle Adhæsion zu lösen. Nach oben sind die Därme der Bauchwand adhærent, nach Lösung derselben wird mit einem Silberdraht die Oeffnung zugeschlossen. Quer über den Bauch werden Heftpflasterstreifen gelegt. Ordin. Morphium.

18. I. 91. Es geht der Patientin jetzt gut. Appetit und Schlaf sind befriedigend. Die Bauchwunde ist bis auf eine 2 Markstück grosse gut granulierende Stelle geheilt. Die Stelle überhäutet sich schön. Die Myome sind von aussen nicht mehr fühlbar und sind seit der Operation bedeutend kleiner geworden.

6. II. 91. Patientin ganz wohl, Wunde geheilt. Die Myome sind bedeutend verkleinert. Der Fundus Uteri scheint nach vorn zu liegen.

Entlassen.

XV.

1891. — M. H., 36 Jahre, aus E. bei F. (L.)

Die Regel trat mit 16 Jahren ein, dauerte immer acht Tage, alle 4 Wochen, jedoch ohne Schmerzen.

Seit 2 Jahren kommt die Regel alle 2 Wochen, dauert 10—14 Tage und ist sehr profus, so dass die Patientin sehr geschwächt ist. Oedeme sind nicht vorhanden.

Status: Mittelgrosse, sehr kräftig gebaute Person, die jetzt ziemlich heruntergekommen ist und anämisch aussieht. Urin normal. Leichtes Struma. Das Abdomen ist etwas aufgetrieben, fettreich und ohne Ascites. Im Becken liegt ein harter, kindskopfgrosser Tumor, der mit seiner Kuppe bis 1 Querfinger unter den Nabel reicht. Ueber der Symphyse liegt eine sanduhrförmige Einziehung des Tumors, der übrigens beweglich ist. Die rechten Adnexen sind hoch oben in Verbindung mit dem Tumor. Links fühlt man das stark gespannte Lig. rotundum. Die Blase überragt die Haargrenze um 1 Querfinger. Nicht defloriert, Portio virginalis stark nach vorn gebogen. Der Uterus ist congenital anteflectiert. Parametrien und Douglas sind frei.

1. VIII. 91. Castration: Schnitt in der Linea alba vom Nabel bis 2 Querfinger über der Symphyse. Bauchdecken

blutreich und straff. Das normale Peritoneum enthält keine Transsudate. Kindskopfgrosses sehr hartes Myom in der vorderen Wand sitzend, vergrössert den ganzen Uterus. Beide Ovarien liegen sehr tief im Douglas und weit hinten.

Sie sind schwer heraufzuziehen, sehr gross, aber normal, ebenso die infantil gewundenen Tuben. Beide Adnexen werden mit je 3 Seidennähten ligiert und abgetragen. Stümpfe desinficiert, ligiert und abgetragen. Bauchnaht. Der dazu verwandte Draht ist sehr spröde und dick. Verband.

2. VIII. Reactionsloser Verlauf, hat einmal gebrochen, Urin per Katheter.

11. VIII. Verband geöffnet. An allen Stellen wo der schlechte Draht liegt treten geringe Eitermengen aus den Stichkanälen.

27. VIII. Patientin fiebert seit 8 Tagen, über 38^0—$39{,}4^0$. Täglich Verbandwechsel. Bauchdecken fast geheilt, im Becken keinerlei Exsudat. Der mit dem Katheter entleerte Harn ist stark eiterhaltig. Ord. Salol.

5. IX. Patientin ist in den letzten Tagen aufgestanden.

Seit gestern ist der Urin hell. Sie soll noch einige Zeit eine Binde tragen. Wird entlassen.

XVI.

1892. — Frau C. R.

13. I. 92. Anamnese: Familienanamnese ohne Belang. Die Patientin ist nie krank gewesen. Erste Regel mit 13 Jahren. Die Menses waren immer regelmässig, nicht zn stark bis vor 3 Jahren. Seit dieser Zeit ist die Regel besonders stark und dauert 5 Tage und noch länger. Der Stuhlgang ist erschwert, in letzter Zeit leidet die Patientin auch an Herzklopfen. Sie hat 3 normale Geburten durchgemacht. Seit etwa 4 Jahren bemerkt sie ein Anschwellen ihres Unterleibs, sowie eine Schwere in demselben.

Status præsens: Mitttelgrosse, sehr blasse, abgemagerte Person mit zartem Knochenbau. Muskulatur schlaff. Leichtes Oedem der Unterschenkel. Puls etwas schwach, kein Fieber. Die Percussion und Auscultation ergeben normale Beschaffenheit der Organe. Der Leib ist sehr aufgetrieben.

Der Nabel ist verstrichen. Der Tumor nimmt die Mittellinie ein und hat die Grösse eines graviden Uterus im 8. Monat. Er stellt sich als der vergrösserte Uterus heraus, indem man zunächst vorne links deutlich das Lig. rotundum und am oberen Ende des Tumors die Tube fühlt. Die Geschwulst zeigt eine glatte Oberfläche.

Rechts sind die Appendices nicht so deutlich zu fühlen. Die Portio vaginalis ist klein mit scharfen Lippen. Das Orif externum lässt blos die Fingerkuppe eindringen. Die Portio liegt in toto nach rechts und dicht neben derselben fühlt man im Laquear starke arterielle Pulsationon. Jede Bewegung am Tumor setzt sich auf die Portio fort und es gelingt nicht, den Fundus zu fühlen. Die Sonde dringt 18 cm in den Uterus vor und man fühlt deutlich den Tumor. Es handelt sich also um ein intramurales Myom, das wohl zum Teil intraligamentär entwickelt sein dürfte.

16. I. 92—20. I. 92. Periode. Dieselbe tritt mit mächtiger Blutung auf. Stücke gingen nicht ab. Patientin bekam Hydrastis. Die Patientin sagt, die Regel sei diesmal schwächer wie gewöhnlich gewesen.

22. I. 92. Da die Compressionsbeschwerden nicht sehr gross sind, wird beschlossen, die Castration zu machen.

4. II. 92. Operation: Aethernarkose ungestört. Schnitt in der Linea alba ein Fingerbreit unterhalb des Nabels bis Handbreite über der Symphyse. Blutreiche Bauchdecken. Nach Eröffnung des Peritoneums kommt das grosse Myom zum Vorschein. Es wird leicht nach rechts gedreht und das linke Ovar hervorgeholt. Dasselbe ist lang ausgezogen und an ihm befinden sich grosse dilatierte Venen und Lymphgefässe. Mit 2 Unterbindungen und Herumlegen des letzten Fadens um das Ovarium und einen Teil der Tube wird der Stumpf abgeschnürt. Derselbe wird verkohlt und dann versenkt.

Während der Operation waren einige Dünndarmschlingen vorgefallen. Dieselben werden reponiert und der Tumor nach links gedreht. Es gelingt so das rechte Ovar zu finden, das viel tiefer und vorne liegt. Dasselbe ist klein. Mit den Fingern wird es angezogen, ebenfalls mit 2 Seidenfäden unterbunden, verkohlt und versenkt. Während der Operation kam etwas Ascitesflüssigkeit aus der Leibeshöhle.

Nachmittags entdeckt man plötzlich, dass ein Schwamm fehlt. Nirgends ist er zu finden. Die Wärterin, die bei der Operation die Schwämme hielt, behauptet allein, die Zahl der Schwämme sei nach der Operation vollzählig gewesen. Bei der Ungewissheit, ob ein Schwamm im Bauche zurückgeblieben ist, entschliesst man sich um 6 Uhr noch einmal den Bauch zu eröffnen. Das Peritoneum ist verklebt. In der linken Seitenbauchgegend findet man nichts. Rechts und im Epigastrium ebenfalls nichts. Um volle Sicherheit zu gewinnen, wird der Schnitt bis über den Nabel verlängert. Der Tumor mit Mühe eventriert und die ganze Bauchhöhle genau inspiciert. Nirgends ist etwas zu finden. Nach Reposition des Tumors und der Eingeweide wird die Wunde geschlossen. Eisblase auf den Leib. Ord. Opium, 1 ctgr Morphium.

5. II. 92. Patientin klagt über Schmerzen im Leib. Sie hat gut geschlafen und nicht gebrochen.

6. II. 92. Auf ein Clystier erfolgt Abgang reichlicher Blähungen.

7. II. 92. Patientin hat etwas Fieber und kolikartige Schmerzen. Kein Erbrechen.

9. II. 92. Auf ein Clytier geht dünner Stuhl ab, unruhige Nacht. Temperatur 38,1.

14. II. 92. Die Seidenfäden werden entfert. Die Wundränder sind tief eingeschnitten und gerötet. Dieselben werden ebenfalls zum Teil entfernt und ein Heftpflasterverband mit feuchter Carbolgaze angelegt. Relatives Wohlbefinden der Patientin. Blutung aus der Scheide.

18. II. 92. Die Blutung hat aufgehört. Der Appetit kommt langsam wieder.

21. II. 92. Heute steht die Kranke zum ersten Male auf. Sie befindet sich völlig wohl. Die Bauchwunde ist gut verheilt, der Tumor ist bedeutend verkleinert. Appetit gut.

27. II. 92. Patientin hat etwas Fieber und Stechen in der Seite.

Man fühlt rechts am Uterus eine handgrosse Schwellung. Ord. Eisblase.

1. III. Das Fieber dauert fort, Abends immer 38,3—38,5. Der Leib nimmt täglich an Umfang ab, ebenso das Exsudat.

9. III. Das Fieber ist etwas höher, heute 39,0. Rechts

in der Inguinalgegend bestehen Schmerzen. Oberhalb des Poupart'schen Bandes ist der Leib vorgewölbt.

20. III. Die Vorwölbung am Poupart'schen Bande zeigt tiefe Fluctuation. Auf Probepunction entleert sich Eiter.

22. III. Patientin wird auf die Baracke verlegt.

Unter Chloroformnarkose wird parallel dem Poupart'schen Rande incidiert bis ins Unterhautzellgewebe. Von hier aus fällt der Finger vollends in die Eiterhöhle, ca. gänseeigross mit eitrigen fetzigen Septen, welche mit den Fingern durchtrennt werden. Jodoformgazetamponade nach Sublimatausspülung. Holzwolleverband.

16. IV. Temperatur in letzter Zeit immer normal. Pat. ist täglich längere Zeit auf. Die Wunde secerniert gar nicht mehr und zeigt gute Granulationen. Genitalien wie vor der Operation.

Patientin ins Reconvalescentenhaus entlassen.

XVII.

1892. — Fr. R., 52 Jahre, W.

Die Patientin wurde von ihrem 17. Jahre ab menstruiert.

22. II. 92. Die Regel war von jeher reichlich, 5—7 Tage dauernd, jedoch ohne Schmerzen. 2 sehr schwere Geburten. Die erste mit Perforation, die zweite verursachte 2 Blasenscheidenfisteln, die in hiesiger Klinik behandelt wurden. Seit etwa anderthalb Jahren verlor die Patientin andauernd Blut aus den Genitalien. Die Blutung steigerte sich alle 4 Wochen 5—6 Tage lang bedeutend. Seit 14 Tagen leidet sie an argen Schmerzen.

Status: Kräftige Person. An der Herzspitze hört man ein systolisches Geräusch (früher hatte Patientin Gelenkrheumatismus).

Untersuchung in Narcose: Potatrix, langes Excitationsstadium.

Die Harnblase steht aber sehr hoch drei Querfinger über der oberen Haargrenze. Sie hat 2 weite Seitenzipfel. Urin dünn und klar. Die Vagina ist in die Länge gezogen und ihr Lumen ist kaum für einen Zeigefinger passierbar. Die Compression ist bedingt durch einen harten glatten Tumor im

Douglas, derselbe ist unbeweglich. Die fast verstrichene Portio steht median in der Höhe des oberen Symphysenrandes. Muttermund und Cervix lassen die Fingerkuppe eindringen. Die Sonde gleitet nach rechts seitlich hin, aber nur 4 cm.

Man fühlt am Uterus kleine Adnexen. Es muss angenommen werden, dass die links über der Symphyse gefühlte Uterus-partie nur der Cervix des retroflectierten, myomatösen Uterus ist. Ein grosses Myom desselben ist im Becken eingekeilt. Die Operation ist wegen der Blutungen indiciert.

22. III. Operation: Ein Katheter bleibt in der Blase. Schnitt in der Linea alba vom Nabel abwärts bis handbreit über der Symphyse. Sehr fette, wenig blutende Bauchdecken mit nachgieber Muskulatur. Zartes, normales Peritoneum, kein Ascites. Sehr viel præperitoneales Fett. Der geblähte Darm will vorfallen und ist schwierig zu halten. Die Harnblase tritt handbreit über die Symphyse, sodass das Operationsfeld dadurch ungemein beschränkt ist. Der Tumor wird von der Vagina aus in die Höhe gedrängt, er ist ein Myom und sitzt am retroflectierten Uterus. Er ist fest eingekeilt, aber nicht verwachsen und lässt sich kaum bis zur Symphyse drängen. Da ausserdem die Harnblase mit dem Uterus verwachsen ist, so kann nur von Castration die Rede sein. Dieselbe ist leicht, da die Adnexen zu Tage liegen und ganz normal sind.

Im Ovarium dextrum fand man ein frisches Corpus luteum.

29. III. Auf 2 Einläufe erfolgt reichlicher Stuhl.

22. IV. Seit 14 Tagen hatte die Patientin reichlichen Fluor albus, der sich durch Ichthyoltampons mit Holzessig gut beschränken lässt. Seit der Operation keine Blutung mehr. Bauchnarbe fest, eingezogen. Der Tumor ist kaum halb so gross wie früher, und recht gut beweglich. Allgemeinbefinden gut.

Entlassen.

XVIII.

1892. — A. B., 39 Jahre alt, G.

Nachdem die Patientin anno 1889 und im Januar 1891 schon in der Klinik wegen retroflectiertem myomatösem Uterus behandelt worden war, stellt sie sich im April 1891 wieder ein und willigt wegen der grossen Schmerzen, die ihr die Menstruation macht, in die Castration, die sie früher beharrlich abgelehnt hatte, ein.

14. IV. 92. Castration: Schnitt in der Linea alba zwei Finger breit unterhalb der Symphyse bis zur Haargrenze. Die Blase reicht mit ihrem Fundus bis zu dieser Höhe. Sehr fette Bauchdecken. Mit der Hand wird zunächst das linke Ovar mit der Tube herausgeholt, dasselbe sieht normal ans. Es wird ein Seidenfaden durch die Mitte des lig. latum durchgezogen, an der Tube verankert, geknotet, und dann um den ganzen Stiel umgelegt. Ein zweiter Faden wird unterhalb des ersteren durchgezogen und auf der audern Seite geknotet. Das rechte Ovar wird dann herausgezogen, das lig. latum in derselben Weise unterbunden und das Ovar mit Hinterlassung einer breiten Manchette abgetragen. Darauf werden die Stümpfe verkohlt und desinficiert. Auf der linken Seite ist ein kastaniengrosses Myom, welches mit einem breiten Stiel mit der Uteruskante zusammenhängt. Schluss der Wunde. Verband.

16. IV. 92. Verbandwechsel. Die Wundränder sind gerötet und geschwollen. Entfernung der meisten Drähte und Seidenfäden. Leib nicht aufgetrieben und gar nicht druckempfindlich.

17. IV. 92. Entfernung der übrigen Drähte, es entleert sich aus der jetzt klaffenden Wunde etwas Eiter. Temp. 38,7.

24. IV. Patientin hat constant heftige Schmerzen im Leib. Die Wunde granuliert schön. T. 38,5.

12. V. Die Bauchwunde granuliert sehr gut und schliesst sich zusehends. Der Appetit ist gut. Die Schmerzen haben nachgelassen.

21. V. Die Wunde ist völlig geschlossen. Pat. steht auf.

29. V. Patientin fühlt sich ganz wohl. Zu beiden Seiten des Uterus fühlt man kugelige, nicht ganz eigrosse Exsudate um die Stümpfe der Ovarien. Links ist noch Druckempfindlichkeit vorhanden.

Ord. Cataplasmen und Sitzbäder.

6. VI. Entlassung. Die Patientin fühlt sich ganz wohl, sie hat nur etwas Kreuzschmerzen. Der Uterus ist klein und beweglich. Der linksseitige Stumpf ist etwa nussgross, aber nicht empfindlich. Der rechtsseitige zeigt noch ein etwa hühnereigrosses Exsudat, welches den Stumpf und das kleine Myom einschliesst. Die Patientin soll Valerianpillen weiter nehmen.

October 1892. Patientin hat bis jetzt 2 mal ihre Periode unter sehr heftigen Schmerzen gehabt.

Die Untersuchung ergibt nichts Abnormes.

Ord. Hydrastis Canad.

XIX.

1892. — Kl. C., 43 Jahre, Fr. (L.)

15. IX. 92. Anamnese: Mit 4 Jahren hatte die Patientin eine Lungenkrankheit, in Folge der sie eine Fontanelle auf dem Thorax bekam. Sonst war sie immer gesund.

Zum ersten Mal wurde sie mit 15 Jahren menstruiert, ohne Schmerzen. Ein Jahr lang blieb die Regel regelmässig, dann blieb sie ein Jahr aus und kam seither regelmässig alle vier Wochen wieder. Seit einem Jahre besteht Fluor albus. Seit 7—8 Jahren ist die Regel 8 Tage dauernd und sehr reichlich, aber ohne Schmerzen.

Vor 9 bis 10 Jahren bemerkte die Patientin eine kleine Geschwulst im Leibe. Seit 5 Jahren wächst der Tumor.

Von Weihnachten vorigen Jahres bis Mai bestand fast anhaltend Blutung. Die Patientin hatte fast nie Schmerzen, jedoch wurde der Tumor bei der Bewegung hinderlich. Der Appetit war immer gut, jedoch haben die Kräfte abgenommen. Der Stuhl war immer leicht, ebenso das Urinieren ohne Beschwerden.

Seit Mai sind die Blutungen seltener geworden. Patientin weiss aber nicht genau wie oft.

Status praesens: Grosse, starkknochige, kräftig gebaute Person. Die Schleimhäute sind etwas blass. Adenitis axill. dextra. Narbe am rechten Daumen. Kleine Drüsenarme Mammæ. Lungen normal. Ein diastolisches Geräusch ist am stärksten am Ansatz der linken Rippe links hörbar. Die Temporialarterien sind stark geschlängelt und hart.

Das Abdomen ist angefüllt mit einem 3 Finger über die Nabelhöhle reichenden, glatten, harten Tumor, an dem links und rechts zwei kleine Höcker sitzen. Von der rechten und linken oberen Ecke gehen Stränge nach abwärts. Links fühlt man einen Körper von der Grösse eines Ovariums. Per Vaginam fühlt man eine enge Vulva und Scheide, die sich nach oben in den grossen Tumor fortsetzen.

23. IX. Periode in mässiger Stärke ohne Schmerzen.

26. IX. Die Periode ist zu Ende, sie war im Ganzen unter Hydrastio mässig. Vorbereitungen zur Operation.

3. X. Castration (Dr. Ries): Gute Narcose. Incision in der linea alba vom Nabel bis handbreit über der Symphyse. Der Tumor wird in toto nach rechts gewälzt und das linke Ovar aufgesucht. Es ist sehr gross, derb und von weisser Farbe. Es wird mit der Tube mittelst 4 Nadeln abgebunden, abgeschnitten, verschorft. Der Stiel wird versenkt. Der Tumor wird nach links gewälzt und links ebenso verfahren wie rechts. Das linke Ovarium hat dieselbe Beschaffenheit wie das rechte. Am unteren Ende ist ein kleiner Riss im Peritoneum, der mit Seidennaht umbunden wird. Keine Blutung. Naht mit Silber und Seide und unten in den Wundwinkeln eine versenkte Seidennaht. Verband.

Nach der Operation wenig Erbrechen. Puls wenig kräftig, sehr langsam (44), regelmässig. Temperatur subnormal, 35,3°. Bettflaschen ordiniert. Abends hebt sich die Temperatur, Pat. lässt spontan Urin.

12. X. Vollständige Entfernung aller Drähte und Seidennähte. Prima reunio. Patientin befindet sich sehr wohl.

27. X. Der Tumor ist unverändert, per Vaginam kann ebenfalls keine Veränderung nachgewiesen werden. Es geht noch etwas schleimig-blutige Flüssigkeit ab. Allgemeinbefinden vorzüglich. Entlassen.

XX.

1882. — C. G., 33 Jahre, P. jetzt O.

Anamnese: Die Patientin ist aus gesunder Familie und war nie krank. Vom 19.—21. Lebensjahr war sie bleichsüchtig. Seit dem 16. Jahre ist sie alle vier Wochen menstruiert. Die Dauer beträgt 4 Tage. Während der Bleichsucht blieb die Regel ganz weg, sonst war sie nie besonders stark, aber immer sehr schmerzhaft. Seit diesem Sommer bemerkt Patientin eine Härte im Leib, sie hat den Appetit verloren und kann nicht schlafen. Längere Zeit stehen kann sie nicht, weil der Leib arg spannt. Urin und Stuhl können nur mit Mühe abgesetzt werden, besonders nach der Regel.

Status 16. XI. 92: Mittelgrosse, mässig kräftige Person mit geringer Anæmie. Oedeme sind nicht vorhanden. Kein Struma. An der Herzspitze ein leichtes systolisches Geräusch (accidentell). Abdomen aufgetrieben, wie im 4. Monat der

Gravidität mit dicken, fetten Bauchdecken. Der Tumor steigt gerade aus dem Becken auf, ist sehr hart und reicht bis zur Nabelhöhe. Die hintere Vaginalwand wird bedeutend vorgewölbt durch ein sehr hartes Uterusmyom, das den Douglas völlig ausfüllt. Es bildet mit dem grossen in's Becken ragenden Tumor eine mannskopfgrosse Geschwulst. Die Uterushöhle ist 12 cm lang, os externum als rundes Loch im Tumor fühlbar. Die Portio ist völlig verstrichen. Anhänge sind nicht sicher fühlbar. Urin klar, ohne Eiweiss.

23. XI 92. Castration: Schnitt in der linea alba vom Nabel bis zwei Querfinger über der Symphyse. Fette, blutreiche Bauchdecken. Peritoneum zart, vor ihm liegt viel Fett, kein Ascites. Die vordringenden Därme werden durch einen Schwamm zurückgehalten. Die Ovarien liegen etwas tief im Becken, aber frei. Bei der Herausnahme des linken Ovars bleibt die Respiration und der Puls der Patientin einige Zeit aus. Nachher werden die Ovarien leicht entfernt, ebenso das rechte Tubenende. Nachher wird der rechte Stumpf abgebrannt und versenkt. Die linke Tube ist merkwürdig gedreht und verwachsen, man sieht deshalb von ihrer Extirpation ab und beschränkt sich auf die Herausnahme des Ovariums. Sonst wie rechts. Keine Blutung. Schluss der Wunde. Verband.

25. XI. Reactionsloser Verlauf. Auf ein Camillenclysma gehen Blähungen ab.

29. XI. Der Urin kann immer noch nur per Katheter entleert werden, sonst anhaltendes Wohlbefinden.

2. XII. Erster Verbandwechsel. Die Wunde ist primär verheilt. Sämmtliche Nähte werden entfernt.

16. XII. Geheilt entlassen. Die Narbe ist fest. Das Myom reicht nur noch ein Querfinger über die Symphyse und ist beweglich. Keine Beschwerden mehr.

Tabelle der in der Strassburger Klinik wegen Fibromyomen gemachten Castrationen (bis 1892 incl.)

Nr.	Datum.	Alter.	Geburten.	Sitz des Tumors.	Volum des Tumors.	Indicationen.	Fühlbarkeit der Ovarien.	Sofortiges Ergebniss.	Dauer der Beobachtung.	Blutungen.	Andere Symptome.	Volum des Tumors.	Zustand der Ovarien bei der Operation.
Castrationen vor 1880 von Wiedow veröffentlicht.													
1.	1878 6. VII.	35	0	Intramural hintere Wand.	—	Schnelles Wachstum, wenig Blutung.	—	Keine Reaction.	6 Jahre.	2 mal Hæmorrhagien.	—	Tumor verkleinert, aber härter.	—
2.	1879 9. III.	32	0	Intramural vordere Wand.	Kindskopfgrösse.	Blutungen.	—	3 Wochen lang Fieber.	—	Menopause.	—	—	—
3.	1879 3. XII.	30	0	Intramural hintere Wand.	Handbreit über dem Nabel.	„	—	Zufriedenstellend.	5 Jahre.	Alle sechs Wochen spärliche Blutungen.	—	—	—
Castrationenen von 1880 bis 1890 incl.													
I.	12. IV. 81.	30	0	Fundus uteri laquear post.	—	Blutverlust.	Linkes.	Der Tumor im Laquear verschwindet.	† 1883 Carcinoma ventriculi.	Alle 6—7 Wochen etwas Blutung.	Stumpfexsudat links.	—	Beide vergrössert und cystisch.
II.	17. III. 83.	40	0	Intramural Corpus.	Apfelgrösse.	Blutuug Dysmenorrhöe.	Rechts.	Blutung steht, Tumor verschwindet.	9 Jahre.	Seit 4 Jahren nicht mehr.	Schmerzen im Unterleib.	Seit 84 ist der Tumor gewachsen.	Links cystisch.
III.	1. VIII. 83.	44	1	Corpus uteri.	Sehr gr. intralig. Geschwulst.	Dysmenorrhöe.	Beide.	Blutung steht, Tumor verkleinert.	„	Seit 87 nicht mehr.	—	Tumor verkleinert.	Verwachsen.
IV.	9. II. 84.	41	0	Douglas.	Mehrere interstitielle Myome.	Blutverlust, Compression.	Keines.	Erst vorzüglich, dann am 9. Tage Exitus an Herzatrophie.	—	—	—	—	—
V.	29. X. 84.	39	0	Intramural Corpus.	2 Finger unterhalb d. Nabels.	Blutung, Dysmenorrhöe.	Linkes.	Gut, Myom kleiner.	8 Jahre.	Nie geblutet.	Keine.	Wenig vergrössert.	Verwachsen.
VI.	24. I. 85.	36	0	Corpus und Douglas.	3 Finger unter dem Nabel	Blutung, Hysterie.	—	Blutung steht, Hysterie dauert fort.	—	Nachrichten fehlen.	—	—	—
VII.	7. VII. 86.	62	0	Linke Uteruswand.	Grosser interstitieller Tumor und kleiner gestielter.	Blutung.	Beide.	Gut.	6 Jahre.	Tägliche Blutungen, jetzt etwas geringer.	25. II. 88. Versuch d. Totalextirpation aufgegeben wegen Hæmophilie.	Seit 1887 wächst der Tumor immer fort.	Links atrophiert.
VIII.	31. VII. 86.	43	3	Intraligamentär.	Bis zum Nabel reichend.	Compressionserscheinungen.	Keines.	Einseitige Castration, Tumor klein.	6 Jahre.	Häufige Blutung.	Reizbarkeit.	Tumor gewachsen.	—
IX.	8. II. 88.	36	0	Corpus uteri.	Kindskopfgross.	Blutungen.	Keines.	Gut.	Am 3. Tage Exitus in Folge Embolie der Lungenarterien.	—	—	—	—
X.	13. 2. 89.	34	0	Portio und hintere Wand.	Doppelfaustgross.	Blutungen und Schmerzen im Kreuz.	Keines.	Gut, keine Verkleinerung des Tumors.	$3^1/_2$ Jahre.	Keine Blutung.	Hysterie.	Tumor kleiner.	—
XI.	16. XI. 89.	49	1	Intraligamentär.	Apfelgross, Uterus vergrössert.	Dysmenorrhoë, Compressionserscheinungen.	Beide.	Die Heilg. d. Wunde verzögert durch eine offen gebliebene Wundstelle. Abnahme des Tumors.	$3^1/_2$ Jahre.	Keine.	Hysterie.	Tumor nicht gewachsen.	—
XII.	27. III. 90.	45	2	Corpus.	Bis zum Nabel.	Blutungen.	Linkes.	Tumor schrumpft, Blutung minimal.	3 Jahre.	Anfangs Blutung, jetzt nicht mehr.	—	—	Linkes Ovarium bedeutend vergrössert.
XIII.	2. VIII. 90.	45	0	Intraligamentär.	Apfelgrösse.	Schmerzen im Leib, Blutverlust.	Keines.	Gut.	$2^1/_2$ Jahre.	Keine Blutung.	—	Tumor gewachsen.	Normal.
XIV.	20. XII. 90.	42	0	—	2 Querfinger unterh. d. Nabels.	Schmerz im Kreuz, Hysterie.	—	Myome verkleinert, Hysterie dauert fort.	2 Jahre.	Blutet oft aus Nase u. Rachen.	Sehr schwach und anämisch.	Tumor verkleinert.	—
XV.	1. III. 91.	36	0	Vorderwand.	Kindskopfgross.	Blutungen.	Linkes nicht.	Heilung verzögert durch Eiterung in der Wunde.	$1^1/_2$ Jahre.	Keine Blutung.	Leibschaden.	Tumor nicht gewachsen.	Sehr grosse Ovarien.
XVI.	4. II. 92.	—	3	Intramural.	Bis über den Nabel reichend.	Blutungen.	Beide.	Abscessbildung oberhalb des Poupart'schen Bandes. Blutung steht.	1 Jahr.	„	—	—	Das Linke ist verlängert.
XVII.	22. III. 92.	52	2	„	Kindskopfgross.	Blutungen, Compressionserscheinungen.	Nicht fühlbar.	Tumor auf die Hälfte geschrumpft, keine Blutung.	„	„	Schmerzen im Rücken.	Geringer.	—
XVIII.	14. V. 92.	39	0	Subseröses Myom.	Kastaniengross.	Dysmenorrhöe.	—	Es bilden sich eigrosse Stumpfexsudate, die zurückgehen. Periode.	$^3/_4$ Jahr.	Seit Juli 1892 nicht mehr.	Dysmenorrhöe.	Tumor verschwunden.	—
XIX.	3. X. 92.	43	7	Corpus.	3 Finger über dem Nabel.	Blutungen.	Links.	Tumor unverändert, wenig Blutung.	Wegen der zu kurzen Beobachtungszeit nicht zu verwerten.				Sehr gross und derb.
XX.	23. XI. 92.	33	0	Douglas.	Mannskopfgross.	Druckbeschwerden.	Nicht fühlbar.	Tumor verkleinert.					

BSB Bayerische StaatsBibliothek
MDZ Münchener DigitalisierungsZentrum Digitale Bibliothek

Extermann, Eduard

Ueber Castration bei Myomen

1893

Diss.med. 267-31
urn:nbn:de:bvb:12-bsb11599250-0